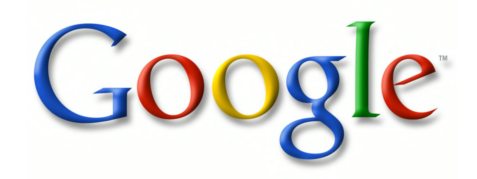
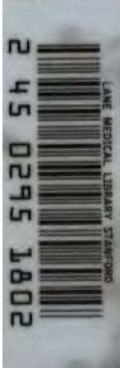



LANE MEDICAL LIBRARY STANFORD
2 45 0295 1802

La Profession Médicale

Au Commencement du XXe Siècle

La Profession

Médicale

Au Commencement du XXe Siècle

PRÉFACE

Depuis vingt ans, l'état social des nations s'est profondément modifié.

En France les œuvres de solidarité se multiplient. Les mutualités comptent aujourd'hui plus de trois millions d'adhérents. La sentimentalité trop platonique des hommes de la fin du XVIIIe siècle, les généreuses aspirations des hommes de 1848 sont devenues des réalités, et jamais en France un effort aussi puissant n'a été accompli pour rendre moins dures les conditions de la vie ouvrière.

La maladie pèse sur l'avenir de la famille des travailleurs avec la plus cruelle sévérité ; celle du père ou de la mère est souvent l'arrêt de mort de tous ses membres.

Aussi la première préoccupation du législateur a

été de dégager de l'ensemble des questions sociales, qui s'imposent à son attention, celles qui se rapportent à la santé publique.

Au moment même où cet élan humanitaire inspirait la Société tout entière, la science médicale subissait une véritable révolution. Grâce à l'œuvre de Pasteur on pouvait proclamer qu'il est des *maladies évitables;* leurs agents sont connus dans leurs mœurs et dans leurs conditions de vie et de mort.

Les voix les plus autorisées l'avaient déclaré, des guérisons surprenantes avaient prouvé l'efficacité des nouvelles méthodes, leur puissance vis-à-vis des maladies qui précisément jettent l'épouvante dans les familles : la *rage et la diphtérie.*

Les modes de propagation de quelques épidémies étaient mis en lumière : la *tuberculose*, la *fièvre typhoïde*, le *choléra*, etc. Les populations ont demandé aux médecins de les protéger contre elles, d'agir et de tenir les promesses qu'ils avaient faites au nom de la science.

Les pouvoirs publics, émus par le danger que la dépopulation fait courir à notre nation, ont à leur tour demandé conseil aux médecins. Puisqu'on ne peut forcer les Français à procréer, au moins que l'on empêche de mourir ceux qui sont nés.

La société ne demande donc plus seulement au

médecin de guérir le malade qui se fie à ses soins, mais d'indiquer au gouvernement, aux municipalités, aux diverses collectivités et à l'individu lui-même les moyens d'être à l'abri des maladies reconnues évitables.

Le rôle du médecin dans la société n'est plus seulement curatif; il est surtout prophylactique.

L'expérience a montré la puissance de son action sur ce nouveau terrain. Les sociétés de secours mutuels se sont constituées pour se protéger collectivement contre la maladie. Alors que la mortalité était pour toute la France de 1891 à 1895 de 23,7 pour 1000 habitants et de 22 pour la période 1896-1900, la mortalité dans les mutualités a été de 16 pour 1000.

Je sais que ces transformations, que les médecins appelaient de leurs vœux, à l'accomplissement desquelles ils ont concouru avec une énergie méritoire, ont eu pour le corps médical de cruelles répercussions.

J'ai pensé que nous ne trouverions les moyens d'en atténuer les effets que si nous avions une connaissance exacte du régime auquel est actuellement soumise notre profession.

J'ai donc cette année exposé aux élèves de la Faculté le sens des lois récentes qui intéressent le médecin.

Il ne faut pas chercher dans ce petit livre un commentaire de ces lois, j'ai seulement voulu indiquer leurs tendances et leurs conséquences.

Que M. le docteur Reille, qui a bien voulu cette année encore rédiger mes leçons, reçoive mes remerciements pour le concours dévoué qu'il m'a donné.

10 septembre 1902.

P. BROUARDEL.

LA PROFESSION MÉDICALE

AU COMMENCEMENT DU XXe SIÈCLE

Depuis quelques années, médecins et clients font entendre des plaintes plus ou moins justifiées au sujet des conditions dans lesquelles la médecine s'exerce actuellement. Il est certain que la profession médicale subit une évolution qui a créé une véritable crise. Quelles en sont les causes ?

Les médecins établis se plaignent du nombre sans cesse croissant des jeunes docteurs qui viennent leur faire concurrence et aussi des mœurs nouvelles que certains d'entre eux apportent dans l'exercice de la profession.

Les jeunes disent qu'ils ne trouvent pas toujours chez les anciens toute l'affabilité et l'amitié confraternelles qu'ils espéraient rencontrer.

Enfin, on accuse les Facultés de médecine de

ne pas suffisamment avertir, au cours des études, les jeunes gens qui se préparent à embrasser notre carrière, des écueils et des déboires qu'ils pourront y rencontrer.

Certains ont pensé, et ils ont eu raison, apporter un remède à cet état de malaise en fixant les règles de la déontologie médicale ; aussi un peu partout on expose et on discute les droits et les devoirs des médecins entre eux ou vis-à-vis de leurs clients. Certes l'étude de la déontologie a été pendant longtemps trop négligée ; il est bon que le jeune médecin, lancé du jour au lendemain dans le tourbillon de la lutte, soit mis en garde contre les défaillances ou les compromissions, qui, si elles lui procurent quelque avantage temporaire, finissent toujours par jeter le discrédit sur lui-même et sur sa profession. Cependant la déontologie médicale n'embrasse qu'un côté de la question et la véritable cause de la crise extrêmement grave dont souffre notre profession me semble avoir quelque peu échappé aux observateurs.

La crise médicale tient à bien des causes :

Les progrès de la science, les découvertes de

Pasteur, la notoriété donnée par la Presse, non scientifique, à toutes les conquêtes vraies ou hypothétiques faites dans le domaine médical, ont entraîné un grand nombre de parents à faire embrasser à leurs enfants une carrière dans laquelle ils pensaient que leurs fils trouveraient honneur et profit.

Mais la plus grave de ces causes a son origine dans les changements survenus dans nos habitudes sociales, quelques-unes de celles-ci ont été sanctionnées par le Parlement ; il a voté quelques lois qui apportent dans l'exercice de la médecine un trouble profond.

Ce sont là des courants qu'il est impossible de remonter et il faut maintenant que l'étudiant se fasse à cette conception, qu'il embrasse une carrière qui diffère singulièrement de celle que lui ont dépeinte les anciens.

I. — AUGMENTATION DU NOMBRE DES MÉDECINS

D'après la statistique du Ministère de l'Intérieur, il paraît qu'en 1847 il y avait en France 18099 médecins, et 7456 officiers de santé, et l'on ne délivrait que 400 diplômes de docteurs par an.

Ce chiffre est certainement exagéré, car actuellement, alors qu'on délivre trois fois plus de diplômes, le nombre des médecins n'atteint pas 17,000. Du reste la statistique du Ministère de l'Intérieur, établie par les préfets, qui, jusqu'en 1893, enregistraient les déclarations des maires, est loin de présenter les mêmes garanties que celle du Ministère de l'Instruction publique. En

effet la délivrance du diplôme de Docteur donne lieu à une perception fiscale et aucune erreur n'est possible.

Pour faire comprendre les conditions dans lesquelles se trouve actuellement l'exercice de la médecine, j'ai dressé le tableau suivant. Il donne le nombre des diplômes de docteur délivrés par le Ministère de l'Instruction publique de 1829 à 1901, et celui des docteurs survivants depuis cette époque, portés sur les annuaires comme exerçant actuellement la médecine. Ceux-ci sont classés d'après la date à laquelle ils ont obtenu leur diplôme. Le tableau ne comprend que les docteurs exerçant en France, non compris l'Algérie.

	Nombre des diplômes de docteurs		Nombre des docteurs survivants exerçant en 1902 classés d'après la date de leur diplôme
1829-1838	3,936		20
1839-1848	4,070		112
1849-1858	4,181		625
1859-1868	4,129		1,369
1869-1878	5,344		2,717
1879-1888	6,808		3,829
1889	590		
1890	595		
1891	591		
1892	635		
1893	723	8,440	5,766
1894	924		
1895	1,004		
1896	1,087		
1897	1,099		
1898	1,211		
1899	1,252		757
1900	1,129		575
1901	1,152		
			15,770 (1)

(1) Il faut ajouter à ce chiffre, 715 docteurs exerçant en France dont nous n'avons pu trouver la date de doctorat. Il est vraisemblable que ces docteurs ont en majorité été reçus avant l'année 1893. La Cour de cassation a en effet déclaré que l'enregistrement du diplôme, exigé par l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892, n'avait pas d'effet rétroactif et ne s'appliquait pas aux docteurs reçus avant la promulgation de la loi.

Pourquoi une augmentation si rapide en ces dernières années?

On a incriminé la loi militaire du 15 juillet 1889, qui, par son article 23, accorde aux étudiants en médecine la dispense de deux années du service militaire. C'est sinon une légende, du moins une grande exagération; les études médicales sont longues, difficiles et onéreuses, et si un jeune homme désire simplement obtenir la dispense du service militaire, il est beaucoup d'autres diplômes qui la confèrent et qu'il est possible d'acquérir plus rapidement et avec moins de peine. Tels sont les diplômes de licenciés ès-sciences ou ès-lettres; les diplômes délivrés par l'Ecole des langues orientales, etc.

L'effet de la loi militaire est secondaire, car l'augmentation du nombre des médecins ne s'accentue pas seulement en France, mais aussi dans les pays voisins.

En Allemagne, où la loi sur le recrutement de l'armée n'a pas changé au point de vue médical, chaque année les universités délivrent 1350 diplômes, au lieu de 800 il y a dix ans. La même progression se retrouve en Italie et en Autriche.

En Angleterre, il est difficile de se rendre compte du nombre des étudiants en médecine, car l'exercice de la profession étant libre, il n'existe que des collèges médicaux et les renseignements fournis ne sont pas absolument certains ou comparables.

Il faut donc chercher ailleurs la raison de cette augmentation du nombre des étudiants en médecine.

Si l'on feuillette une collection de journaux datant de trente ans, on ne trouvera pas d'articles traitant les questions de médecine ou d'hygiène. Au contraire, aujourd'hui il n'est pas de journal qui n'ait heddomadairement sa causerie médicale; on signale, dans des articles de fond, les grandes découvertes scientifiques ; on y discute la qualité des eaux potables, la falsification des substances alimentaires ; à la quatrième page, on préconise des pilules, des poudres médicamenteuses pour toutes les maladies. Les progrès si rapides de la médecine et de la chirurgie dans les dernières années du XIXe siècle ; les découvertes si importantes de la bactériologie ; la mise en pratique courante des opérations chirurgicales

impossibles autrefois, grâce à l'antisepsie, ont fait croire au père de famille que son fils, auquel il avait fait donner une instruction secondaire suffisante, trouverait dans la médecine un débouché moins aléatoire que dans le commerce ou l'industrie.

En 1894, cet envahissement devenant de plus en plus inquiétant, puisqu'à Paris nous n'avions pas moins de 5000 étudiants en médecine, alors que les locaux dont nous disposons ne permettent de donner un enseignement profitable qu'à 3000 au maximum, je priai M. Spuller, alors ministre de l'Instruction publique, de s'occuper de cette question. Il la traita à la tribune du Sénat et s'éleva contre cet engouement des parents pour les études médicales, montrant, en présence de la pléthore sans cesse grandissante, les déboires qui attendaient le futur médecin. Ce discours fut résumé dans une circulaire ministérielle, qui fut adressée à tous les proviseurs, principaux de collège, chefs d'institutions, et, résultat que j'osais à peine espérer, la bonne parole fut écoutée et le nombre des étudiants en médecine diminua assez rapidement jusqu'aux envi-

rons de 4,000 autour duquel il oscille depuis quelques années. Je ne parle que pour la Faculté de Paris, bien entendu (1).

A la même époque, les étudiants étrangers affluaient dans les Facultés de médecine. La France leur ouvrait largement ses établissements scientifiques. Elle pensait qu'il y avait un intérêt national à répandre à l'étranger la science française. Cela est vrai et sans inconvénient pour les Facultés des sciences et des lettres, aussi les Doyens de ces Facultés et le Ministère de l'Instruction publique accordaient avec la plus grande facilité aux étrangers la dispense ou l'équivalence des baccalauréats, ce premier écueil auquel se brisent les ambitions d'un certain nombre de nos candidats nationaux. De plus, si ces étrangers avaient déjà passé une

(1) L'influence des actes législatifs et administratifs ne se traduit que 6 ou 7 ans plus tard sur le nombre des diplômes délivrés. La loi sur le recrutement militaire est de 1889, elle a pu augmenter le nombre des docteurs après 1895, 1896, il faut remarquer que le mouvement progressif s'est accentué dès 1893, 1894.

La circulaire de M. Spuller ne se traduira par des chiffres qu'en 1900 et surtout 1901.

ou deux années, dans une Faculté de médecine étrangère, on leur accordait la dispense d'un ou de deux examens. Les avantages pour eux s'augmentaient encore par ce fait que le Français était obligé d'interrompre ses études pour faire un an de service militaire. Cette facilité trop grande dans les dispenses eut ce résultat qu'en 1894, il y avait à la faculté de Paris un étranger sur quatre étudiants.

Si une fois docteur l'étudiant étranger retourne dans son pays, s'il ne vient en France que pour terminer son éducation scientifique, ou pour conquérir un titre qui lui permettra de briguer certains emplois officiels dans son pays, nous ne pouvons que nous réjouir ; ainsi se trouve réalisée la conception de la diffusion de la science et de l'influence française, car en rentrant dans sa patrie, ce jeune docteur n'aura garde d'amoindrir la valeur du diplôme qu'il vient de conquérir.

Mais ce n'était malheureusement pas dans ce but purement scientifique que le plus grand nombre des étrangers venaient en France.

Dans certains pays d'Europe et dans l'Amé-

rique du Sud, les divisions politiques et religieuses sont encore plus vives que chez nous et beaucoup de jeunes gens quittaient leur pays, venaient nous demander asile et s'instruire dans nos Facultés sans espoir de retour dans leur patrie.

Ces derniers, avec le bénéfice des dispenses et l'absence de service militaire, ne luttaient pas avec les étudiants français à armes égales, et venaient grossir ensuite le nombre déjà trop grand des médecins praticiens.

Depuis 1897, nous avons pu faire établir, grâce à la loi sur les Universités, une situation que je crois équitable pour les étrangers et les français.

Ceux qui viennent en France compléter leur instruction, pour obtenir un diplôme leur permettant de solliciter dans leur patrie un emploi officiel, ou pour aller ensuite exercer la médecine dans leur pays, peuvent obtenir des dispenses ; ils passent les mêmes examens médicaux que les étudiants français, mais le diplôme qui leur est conféré est purement universitaire et ne leur permet pas d'exercer la médecine en France.

Quant aux jeunes gens qui quittent leur patrie sans espoir de retour et ont l'intention d'exercer la médecine en France, ils doivent subir les examens du baccalauréat, comme les étudiants français ; on ne leur accorde aucune dispense, et à la fin de leurs études médicales, ils reçoivent le diplôme d'Etat qui leur permet d'exercer la médecine dans les conditions prévues dans l'article I de la loi de 1892 (1).

A la suite de la création du diplôme universitaire, le nombre des étudiants étrangers diminua rapidement ; toutefois il y en a plus d'une centaine qui recherche le diplôme universitaire.

J'insiste volontiers sur les résultats que nous avons obtenus, parce que cet arrêt dans le nombre des aspirants au doctorat en médecine n'est malheureusement que temporaire, il est probable qu'il va bientôt cesser.

Jusqu'à maintenant, le baccalauréat classique était nécessaire pour pouvoir prendre les inscriptions d'étudiant en médecine ; il n'en va plus être ainsi.

(1) Brouardel, *L'Exercice de la médecine et le charlatanisme*, 1899, p. 45

En 1885, dès la création du baccalauréat moderne, ses parrains au Conseil supérieur de l'Instruction publique voulurent que ce baccalauréat, dont le programme ne comportait ni latin ni grec, suffît pour les études médicales. Quelques-uns de mes collègues et moi protestèrent énergiquement, et bien que la question soit revenue en discussion, à maintes reprises, bien que parfois les séances aient été présidées par les ministres, venant donner leur appui moral au baccalauréat moderne, nous réussîmes à grouper une majorité hostile à tout changement dans le bagage universitaire exigé du futur étudiant en médecine.

La raison de mon opposition est la suivante :

Le corps médical se plaint que le nombre de ses membres augmente dans une proportion qui n'est pas en rapport avec les besoins de la population. Il se plaint également que les jeunes gens à qui on délivre le diplôme de Docteur ne soient pas toujours suffisamment préparés à remplir dans la Société les fonctions qui leur sont dévolues.

Je ne veux pas, aujourd'hui, apprécier en dé-

tail le bien ou le mal fondé de ces plaintes, mais retenir une de leurs causes. Des projets de réforme du baccalauréat ont été soumis aux discussions du Conseil supérieur de l'Instruction publique. Leur adoption aura sur l'avenir de notre profession une grave répercussion.

A la suite d'une longue enquête, la Chambre des Députés a pris parti sur la réforme de l'enseignement secondaire. Quelques-unes des résolutions adoptées sont excellentes, d'autres sont fâcheuses : j'en ferai la critique avec la déférence due aux législateurs, mais avec la liberté d'un homme qui, témoin d'une erreur, cherche à la mettre en évidence, pour empêcher qu'elle n'ait une trop longue durée.

L'erreur, suivant moi, est celle-ci : il est créé quatre types d'études menant à quatre formes de baccalauréat :

A. Latin et grec.

B. Latin et langues vivantes.

C. Latin et sciences.

D. Français et sciences, sans latin.

Malgré leur diversité, ces quatre baccalauréats auront les mêmes sanctions, et ouvri-

ront au jeune étudiant les portes des diverses Facultés : lettres, sciences, droit, médecine.

Il semblera, sans doute, que l'idéal d'une préparation à des études aussi dissemblables serait précisément l'inverse et que, la culture intellectuelle devant être aussitôt que possible appropriée au but final, il faudrait choisir dans la pédagogie les enseignements propres aux études spéciales à chaque carrière.

Avant de chercher si, dans ce baccalauréat quadricéphale, il y a des formes favorables et d'autres peu compatibles avec les études médicales, essayons de nous rendre compte de ce que devraient être les enseignements dont serait muni le futur étudiant en médecine au moment où il conquiert le titre de bachelier.

Quelles sont les qualités que doit posséder un médecin ; dans son intérêt, dans celui de la Société à laquelle il va donner ses soins ? Ces deux intérêts sont absolument solidaires.

L'exercice de la médecine exige des connaissances scientifiques ; non seulement je l'admets, mais je le proclame. L'année préparatoire consacrée aux études de physique, de chimie, d'his-

toire naturelle donne satisfaction à cette nécessité.

Mais l'exercice de la médecine exige une autre condition, celle de la finesse d'observation; l'étude des sciences seules (quatrième forme du baccalauréat) peut-elle la donner?

Dans les sciences, les vérités sont absolues. La solution d'un problème de mathématiques, de géométrie, de physique est juste ou fausse, elle ne peut pas être à peu près juste, elle l'est ou ne l'est pas. L'élève fait l'effort intellectuel suffisant pour comprendre le procédé par lequel on arrive à la vérité, mais une fois la question résolue, toute discussion cesse. Il retient, il emmagasine le fait.

Dans les lettres, l'absolu n'existe pas, tout est relatif. L'interprétation des textes est plus ou moins fidèle, plus ou moins heureuse, la sensation que provoque l'audition d'un morceau de poésie ou de littérature varie avec l'art qu'y apporte le lecteur, avec la disposition personnelle de l'auditeur. La critique est toujours ouverte, elle porte sur les nuances, elle évoque les comparaisons, empruntées aux autres auteurs ou à

notre conscience intime. Le jugement émis est toujours revisable, rien n'est définitif. Si, au lieu d'être auditeur, vous voulez faire comprendre les raisons de votre admiration ou de vos critiques, à des auditeurs différant par leur âge, par leur éducation première, emploierez-vous les mêmes phrases ?

L'idée que vous voulez exposer sera la même, vos procédés pour l'exposer seront absolument différents. Que vous soyez auteur ou professeur, vous serez obligé de faire appel à toute la finesse de votre observation pour pénétrer dans l'esprit du lecteur ou de l'élève.

Or, dans l'exercice de la médecine, tout est relatif. Devant chaque malade vous êtes obligé de faire un effort de synthèse, de noter les symptômes, de les grouper en tenant compte de leur date d'apparition, de leur intensité, de leur forme, de noter également ceux qui manquent et qui existent d'ordinaire dans la maladie en présence de laquelle vous êtes, d'apprécier la gravité que la présence des uns, l'absence des autres fait prévoir pour l'avenir, de juger ce que ces variétés imposent pour les indications thérapeutiques.

Dans toutes ces observations partielles, il n'y a jamais rien d'absolu, le problème que vous avez à résoudre est en évolution devant vous, il se modifie de jour en jour, parfois d'heure en heure; votre jugement, votre intervention se font sur des données constamment variables, qui ont pour base les souvenirs, les antécédents du malade, les observations analogues, les comparaisons tirées de votre expérience antérieure.

Tout ce qui peut développer dans l'éducation ces aptitudes de jugement doit faire partie du bagage que le jeune étudiant doit posséder au moment de son entrée à la Faculté.

Je n'ai examiné que le malade et le médecin; mais pour remplir son devoir, le médecin doit observer le milieu dans lequel il est appelé, comprendre si le malade peut y recevoir les soins nécessaires, se rendre compte de l'intelligence, des aptitudes, du dévouement des personnes qui l'entourent.

Les affections de deux malades n'ont jamais été identiques, jamais je n'ai vu deux fièvres typhoïdes, deux tuberculoses évoluer de même, jamais les milieux dans lesquels se trouvent les

malades ne présentent les mêmes conditions favorables ou défavorables à la guérison.

C'est sur l'observation de ces conditions si diverses, si complexes, que le médecin établit la ligne de conduite utile à son malade.

Quand un médecin est fixé sur ce qu'il doit faire, il doit imposer sa volonté au malade et à son entourage. Il doit avoir autorité et savoir convaincre. Une des sources de son autorité vient de la supériorité de sa culture intellectuelle; sa possibilité de convaincre dépend de l'art avec lequel il exposera au malade et à sa famille, suivant l'état moral de l'un et de l'autre, et dans les formes nécessaires et adaptées à chacun, les règles qu'il faut observer.

M. Fouillée a parfaitement rendu cette pensée dans le passage suivant que je lui emprunte :

« La grande tradition médicale (1), depuis les Grecs, depuis les chefs-d'œuvre encore vivants d'Hippocrate, fut toujours de considérer la médecine comme *dépendant à la fois des sciences naturelles et des sciences morales : mens sana*

(1) Alfred Fouillée, *Revue scientifique*, 29 mars 1902, p. 385.

in corpore sano. Le médecin, en agissant sur le corps, agit aussi sur ce qu'on appelle l'esprit, sur le moral ; en agissant sur l'esprit, il agit aussi sur le corps... De nombreux problèmes moraux et même sociaux se posent à lui dans la pratique de sa profession ; il a souvent de redoutables responsabilités à assumer. Il est pour beaucoup de familles un conseiller dans mille situations délicates. Il fréquente les milieux sociaux les plus cultivés en même temps qu'il se dévoue aux plus pauvres ; il doit avoir reçu lui-même la plus haute culture morale, si l'on ne veut pas qu'il soit réduit à n'être plus aux yeux des familles qu'un industriel, un exploiteur de la vie et de la mort. La médecine n'est-elle pas ou ne devrait-elle pas être la science appliquée au dévouement ? Il ne s'agit pas de savoir si le grec ou le latin sont ou ne sont pas nécessaires pour comprendre les termes de médecine ; quelle misérable façon de voir les choses par leurs plus petits côtés ! Il s'agit, encore un coup, de savoir si la culture la plus haute convient aux missions les plus hautes, aux missions philanthropiques, et si la Société n'a pas le droit, pour garantir

ses propres membres contre l'exploitation des charlatans et « morticoles », d'imposer à ses médecins la meilleure éducation littéraire et philosophique. Cette éducation est d'ailleurs le seul moyen de contrôle que le public ait à leur égard : je ne puis vérifier la valeur technique du médecin de ma famille ; que l'Etat établisse donc les garanties de sa valeur sociale et, par une conséquence inévitable, professionnelle.

« Un correspondant m'écrit que le médecin perd son autorité s'il ne sait pas le latin, comme le curé de sa paroisse ; cette considération me touche peu ; grec et latin ne valent que comme des instruments de culture intellectuelle ; mais ce qui est vrai, c'est que le médecin perd son autorité et son action sur les familles, si l'on ne sait pas qu'il a reçu la plus haute éducation littéraire et philosophique. »

L'expérience confirme-t-elle ces remarques ? En France, sous l'Empire, on avait créé la bifurcation des études, une branche menait au baccalauréat ès lettres, l'autre au baccalauréat ès sciences, celui-ci ouvrait la porte des Facultés de médecine. Quelques années après cette organisation,

les études médicales faiblirent, et sur l'avis des Facultés et un rapport de Denonvilliers au Conseil supérieur de l'instruction publique on revint sur cette disposition et le baccalauréat ès lettres fut de nouveau exigé. Remarquez que dans le système de la bifurcation, pour acquérir le baccalauréat des sciences, on devait faire des études latines, en commun avec les « littéraires ». La quatrième forme du baccalauréat proposé n'en comporte plus trace. Cette expérience est ancienne, seuls les médecins de ma génération peuvent s'en souvenir. Mais elle est confirmée par les résultats plus récents d'une tolérance accordée dans des conditions beaucoup plus favorables en apparence à la culture exclusivement scientifique.

Au Comité de l'enseignement médical du ministère, nous avons accordé la dispense du baccalauréat ès lettres, non pas aux bacheliers ès sciences, mais aux licenciés ès sciences, c'est-à-dire à des jeunes gens qui avaient conquis ce grade par un travail d'une durée moyenne de trois ans et après qu'ils avaient subi des examens difficiles.

D'une façon générale, leurs études médicales ont été inférieures à celles de leurs camarades.

L'inverse s'est produit pour les étudiants en médecine, licenciés ès lettres, ou licenciés en droit, et comme tels dispensés du baccalauréat ès sciences. Presque tous ont été de brillants élèves.

M. le professeur Dastre, à qui, il y a quelques années, j'exposais mes préoccupations, voulut bien confirmer mes opinions par l'exposé de sa propre histoire. Élève de l'École normale, il en sortit muni de tous les diplômes scientifiques. Il ajoutait : « Lorsque j'ai quitté l'École normale et abordé les études médicales, je suis resté *deux ans* avant de comprendre ce que l'on voulait m'enseigner. Quand je sortais de l'hôpital, je me prenais à regretter de n'avoir rien appris. » Habitué à suivre une méthode dans laquelle les faits sont logiquement enchaînés les uns aux autres, M. Dastre se trouvait désorienté par cette autre méthode qui s'impose aux médecins, étudier un malade en lui-même, passer à un second malade qui n'a aucun rapport avec le précédent, et peut-être ne retrouver que quelques semaines, quelques mois après, un troisième malade comparable, mais non semblable à l'un des précédents.

C'est par ces comparaisons successives, accumulées chaque jour, pendant des années, que se fait l'esprit médical.

L'importance de la culture littéraire la plus élevée n'a pas échappé à des savants qui n'étaient pas médecins.

Les premières Écoles réales supérieures furent instituées en Prusse il y a cinquante ans. Liebig écrivait à cette époque : « A partir du jour où l'éducation allemande va être transformée, où au lieu de faire perdre aux jeunes gens plusieurs années en études stériles, on les mettra en rapport avec la réalité, on les initiera aux choses de la nature qui tiennent à la vérité plutôt qu'à la fantaisie, il se fera une révolution dans l'intelligence allemande et elle conquerra le premier rang en Europe. »

Trente ans plus tard, quatre ans avant sa mort, Liebig écrivait : « J'ai dit que l'éducation par les choses naturelles convenait seule aux jeunes gens qui doivent se vouer à la science. L'expérience m'a enseigné ceci : les élèves venant des Écoles réales dans mon laboratoire sont, pendant la première année, supérieurs à ceux des gym-

nases ; la deuxième, ils leur sont égaux ; la troisième, ils leur deviennent inférieurs. »

M. Lippmann me disait un jour : « Des jeunes gens sont arrivés brillamment au doctorat ès sciences sans avoir fait des études littéraires ; mais une fois qu'ils sont reçus docteurs, ils ne travaillent plus, ne font pas de découvertes ; *guidés*, ils vont bien, mais pour marcher seuls, ils ne sont pas de *gymnastique* suffisante. Leur *initiative* est en défaut. »

On a répété que la réforme projetée pour la France était adoptée en Allemagne, c'est une erreur, tenant à une connaissance imparfaite de l'organisation universitaire allemande.

Le nouveau règlement prussien ouvre l'*accès des Universités* aux élèves sortant de toutes les Écoles secondaires, gymnases classiques (latin, grec), Réal gymnases (latin, sciences), Écoles réales supérieures (sans latin).

Mais si les universités sont ouvertes à tous ces élèves, *les écoles de médecine* sont fermées aux élèves des Écoles réales supérieures (sans latin).

Une lettre de M. Paulzen (de Berlin), à

M. Alfred Fouillée, expose la situation vraie. Voici cette lettre :

En Prusse, le certificat de maturité (*Reifezengniss*) des trois sortes d'écoles ouvre l'accès des études universitaires, pour les Facultés de philosophie (lettres et sciences) et de droit, ainsi que les hautes études techniques.

Au contraire, les élèves des Écoles réales supérieures (sans latin) sont exclus des Facultés de médecine. Les règlements relatifs aux études médicales sont choses d'Empire (*Reichssache*), c'est-à-dire ne dépendent pas du ministère prussien, etc.

Aux Etats-Unis, cent quatre collèges donnent l'enseignement médical et délivrent des diplômes. Dans les grandes Universités on réagit contre deux vices de cet enseignement : les études sont trop courtes, les élèves entrent sans avoir la culture que donne l'enseignement secondaire. Il en résulte, de l'avis des professeurs américains, qu'ils font de bons chirurgiens, mais que la pathologie interne, la médecine sont très inférieures. Quel remède proposent-ils ? Allongement de la durée des études médicales, création d'un stage hospitalier analogue à celui qui est en usage à Paris, et surtout ils veulent que l'élève n'entre dans les universités qu'après

avoir prouvé qu'il a reçu une culture littéraire dont le latin serait la base.

C'est alors que de tous côtés affluent les témoignages des savants, des médecins de tous les pays, pour démontrer que l'esprit du médecin ne se forme que par les méthodes d'observation, propres aux études littéraires, qu'en France on donne accès dans les Facultés de médecine à des jeunes gens bien préparés pour d'autres carrières, mais mal préparés pour la carrière médicale.

Le corps médical se plaint que les médecins sont trop nombreux, et qu'ils entrent dans la carrière insuffisamment préparés; j'ajoute que la Société est intéressée, plus encore que les médecins, à ce que cette situation, dangereuse pour elle, ne se perpétue pas; la réforme nouvelle perpétuera et aggravera sur ces deux points la situation actuelle.

Parmi les quatre types de baccalauréat projetés, j'estime que deux types peuvent donner accès aux études médicales : les types A (latin et grec), B (latin et langues vivantes), ce dernier serait à mon avis le préférable. J'accepterais en-

core le type C (latin et sciences), bien qu'il rappelle singulièrement la branche scientifique de la bifurcation de 1851, à laquelle on a dû renoncer après expérience faite ; mais je repousserais sans hésitation le type D (français et sciences, sans latin).

Qu'on ne se méprenne pas d'ailleurs sur le sens de ces observations. Il ne s'agit pas seulement de sauvegarder les intérêts d'une profession. La Société a exactement les mêmes intérêts que les médecins. Elle est en danger, si elle n'a pas un corps médical digne de toute sa confiance. Elle ne l'aura que si celui-ci n'est pas exposé à subir les compromissions que suggèrent les difficultés de la vie. Le malade n'est pas compétent pour apprécier la valeur d'un médecin, il se livre à lui; la puissance des charlatans le démontre tous les jours. Que la Société prépare donc, dans son intérêt à elle, une génération de docteurs en qui scientifiquement et moralement elle puisse avoir toute sécurité.

II. — DIMINUTION DU NOMBRE DES MALADES

Il y a quelques années, un de mes collègues d'une Société savante, qui en même temps est membre du Conseil d'administration des pompes funèbres, me disait — à mon grand plaisir — que les pratiques d'hygiène et les mesures prophylactiques prises contre les maladies épidémiques enlevaient aux pompes funèbres de Paris 12,000 cadavres par an. Ce chiffre me parut considérable et j'allai me documenter aux chiffres publiés au *Journal officiel* du 10 janvier 1897 concernant l'impôt sur les successions. Or cet impôt, en 1895, avait rapporté à l'Etat une

somme de 194.328.000 fr. et, en 1896, n'avait plus fourni que 181.987.000 fr., soit une moins value de 12.341.000 fr. due à une diminution du nombre des décès.

La vérification est facile à faire pour Paris.

Années	Population	Morts	Pour 1000
1886	2.260.945	55.100	24,3
1900	2.511.629	51.725	20,6

Economie 3,7 pour 1000.
Vies sauvegardées 9,250.

Donc voici, officiellement constatées, 9,250 vies épargnées, comptons pour plus de facilité 10.000. Les statisticiens et, en cela ils semblent se rapprocher de la vérité, comptent qu'il y a un décès pour dix malades, on a donc compté à Paris en 1900 : 100.000 malades de moins qu'en 1886.

Les malades diminuent et le nombre des médecins augmente, le malaise dont souffre notre corporation n'est donc pas étonnant et tous ceux qui font partie d'une association médicale savent avec quelle rapidité s'élève le nombre des secours qui doivent être délivrés aux sociétaires et aux veuves de confrères, que la mort du

chef de famille a plongées dans la plus noire misère.

En 1893, il y avait à Paris 1963 médecins ; en 1900, il y en avait 2846, soit une augmentation énorme de 883 médecins, soit d'un tiers en sept ans. Pour mettre en relief les résultats pécuniers, palpables de cette pléthore médicale, nous allons faire l'hypothèse suivante :

Tous les médecins ont le même nombre de malades, qu'ils visitent par an une moyenne de dix fois, au prix de cinq francs la visite.

En 1886, chaque médecin aurait eu 280 malades, qui, visités dix fois à cinq francs, lui auraient rapporté 14,000 francs.

En 1900, chaque médecin aurait eu 146 malades, qui, visités dix fois à cinq francs, lui ont rapporté 7,300 francs.

Dans notre hypothèse, chaque médecin a vu la somme représentative de son travail diminuée de moitié, et cette hypothèse n'est pas loin d'être la réalité.

Les médecins parisiens se plaignent de la concurrence qui leur est faite par les hôpitaux.

Les hôpitaux sont faits et entretenus par l'As-

sistance publique pour les nécessiteux. Mais d'abord il faudrait savoir à partir de quel degré de misère on devient nécessiteux, et on a droit au traitement à l'hôpital.

Il y a certainement des abus, mais ils sont bien difficiles à éviter, surtout quand il s'agit d'opérations chirurgicales.

Actuellement il n'est guère d'opérations dans la clientèle de ville que le chirurgien consente à faire au domicile du malade, il exige que celui-ci soit transporté dans un établissement spécial, une maison de santé, dans laquelle il y a une salle d'opérations installée suivant les règles les plus strictes de l'asepsie, où le malade trouve un personnel choisi, apte à lui donner les soins que nécessite son état avant et surtout après l'opération. Or, le prix de séjour dans une maison de santé est fort onéreux, pour peu qu'il se prolonge quelques jours et la somme à débourser, sans compter les honoraires du chirurgien, dépasse de beaucoup les ressources pécuniaires d'une modeste aisance. Où pourra bien se rendre aux fins d'opération un malade appartenant à une classe moyenne et qui ne peut pas

dépenser plus d'une dizaine de francs par jour pour sa santé ? Il arrive fatalement à l'hôpital. Ce n'est cependant pas un nécessiteux.

Je rappelais, dans un de mes livres (1), le nombre énorme d'accouchements qui sont pratiqués dans les hôpitaux ou chez les sages-femmes agréées par l'Assistance publique, et je soumettais aux méditations de mes confrères la statistique de 1896 : sur 60,000 accouchements, 27,000 avaient été faits dans les établissements de l'Assistance publique et le reste est partagé entre environ 3,700 praticiens : médecins, sages-femmes ou officiers de santé.

Toutes ces constatations ne nous font guère apercevoir l'avenir sous un jour favorable, nous pourrions ajouter que le prix de la vie augmente, que les impôts progressent et que la patente, qui nous est largement octroyée, ne semble pas devoir diminuer de sitôt.

En province, la répartition des médecins est, dit-on, mauvaise, et on fait remarquer que sur

(1) P. Brouardel, *L'Exercice de la médecine et le charlatanisme*, 1899, p. 38.

36,000 communes, il y en a 29,000 qui n'ont pas de médecin et que sur 2,000 cantons, il y en a 300 sans médecin. Je signalerai même, dans la Lozère, trois cantons contigus dans lesquels il n'existe aucun praticien. Autrefois, pour lutter contre cette répartition défectueuse on avait créé les officiers de santé. Pour des raisons multiples que j'ai exposées autrefois (1), le résultat ne répondit pas à l'attente et où il n'y avait pas de docteur il n'y eut pas davantage d'officier de santé. Pourquoi ? la raison en est fort simple. Le médecin, généralement peu fortuné, exerçant une profession libre, va s'installer dans une localité où il croit pouvoir vivre lui et sa famille. Si personne ne s'établit dans les cantons de la Lozère, c'est que là l'exercice de la profession médicale ne peut nourrir un médecin. J'ajouterai que c'est dans ces pays pauvres que l'on trouve le plus grand nombre de charlatans, magnétiseurs et rebouteurs de toute variété.

Bien souvent les maires des communes ne

(1) P. Brouardel, *L'Exercice de la médecine et le charlatanisme*, 1899, p. 11.

possédant pas de médecin, ou des Préfets se sont adressés à moi pour me prier de conseiller à quelque jeune médecin d'aller s'établir dans leur commune ou leur arrondissement.

Il faut avouer qu'il m'était difficile de dire à un jeune homme : « Installez-vous dans telle ville où il n'y a pas de médecin », alors que j'étais persuadé que le manque de ressources du pays était la seule cause de l'abstention du corps médical ; aussi je demandai tout d'abord aux maires des communes et aux Préfets, si, pour avoir un médecin, ils consentiraient à établir un traitement fixe. Certains ne m'ont pas donné réponse ; d'autres ont accepté ma proposition et ont donné comme redevance, soit la maison d'habitation, soit une allocation plus ou moins élevée. Dans toutes les communes où l'administration municipale a consenti quelque sacrifice, un médecin est aussitôt venu s'installer, assuré qu'il était de pouvoir vivre, en attendant de s'être fait connaître.

Ce que recherche aujourd'hui le jeune médecin, c'est d'avoir une place avec un traitement fixe, et ce n'est pas sans une certaine tristesse

que nous envisageons cette situation nouvelle.

Depuis 1840, époque à laquelle se tint le Congrès général des médecins de France, ceux-ci ont toujours protesté contre le fonctionnarisme, et maintenant, à cause de la dureté du temps, chacun s'efforce de devenir titulaire d'une place, même si les émoluments sont extrêmement minimes.

Il me souvient qu'il y a quelques années, un jeune médecin du Bureau central me pria de lui prêter mon appui, pour obtenir une place de médecin attaché à la Préfecture de police. J'allai trouver le Préfet de police, lui exposai ma requête. Je vis le dossier. Pour une place, il y avait déjà 60 docteurs inscrits, parmi lesquels trois médecins du Bureau central. Or, il s'agissait de la place de médecin des balayeurs et le traitement était de 600 francs par an !

Il est à craindre que nous ne soyons pas éloignés d'un temps où il existera, non pas dans toutes les communes, du moins dans les cantons dépourvus de secours médicaux, des médecins fonctionnaires, nommés par l'Etat, les départements ou les communes, qui ne voudront pas

laisser des populations privées de soins. Nous aurons alors quelque chose d'analogue à ce qui existe en Allemagne.

Robert Koch était autrefois médecin de 3e classe dans une petite commune. A la suite d'une communication réfutant, à tort, il est vrai, les théories pastoriennes concernant le vaccin charbonneux, il fut nommé à l'Office impérial de santé.

Les considérations que je viens d'exposer montrent que la vie est cruelle pour ceux de nos confrères qui ne possèdent pas quelque avance, leur permettant d'attendre que leur clientèle se forme et cet impérieux *primum vivere* suffit à expliquer bien des défaillances et à les atténuer dans une certaine mesure.

Il est certainement arrivé que les principes de la déontologie médicale ont subi quelque atteinte, au moins dans les devoirs des médecins vis-à-vis les uns des autres; les jeunes ont montré quelque indifférence envers les anciens; les anciens n'ont pas vu sans déplaisir les jeunes, imbus des idées nouvelles, venir s'installer à leur porte ; de là une situation tendue,

des dissentiments, des querelles ouvertes ou cachées, dans lesquelles les deux médecins ont tout à perdre et rien à gagner, et où tous deux ont trop souvent oublié le vieux précepte : « Ne faites pas à votre confrère ce que vous ne voudriez pas qu'il vous fît. »

C'est pour lutter contre le développement de ces mauvaises mœurs médicales que des hommes éminents ont créé un enseignement de la déontologie.

MM. Legendre et Lepage l'ont professé dans un des cours libres de la Faculté de Paris ; ils ont fait paraître leurs conférences dans un volume dont je ne saurais trop recommander la lecture (1).

M. Lacassagne, à Lyon (2), a établi un parallèle entre la médecine d'autrefois et la médecine au XXe siècle.

Jusqu'à nos jours, les questions de déontologie médicale sont restées en discussion entre

(1) Legendre et Lepage, *Le Médecin dans la société contemporaine.*

(2) Lacassagne, *La Médecine d'autrefois et la médecine au XXe siècle.*

médecins ; mais, grâce à cette diffusion des problèmes médicaux, dont je parlais au début et sur laquelle j'aurai à revenir, le public se croit suffisamment autorisé et documenté pour mêler sa voix à la discussion ; je citerai en exemple le discours de rentrée de la Cour d'appel de Bordeaux, par M. Maxwell, substitut du Procureur général ; ce magistrat distingué a émis, sur certains points de l'exercice de la profession médicale, des théories que nous ne saurions admettre sans sérieuses réserves (1).

(1) Maxwell, *De quelques cas de responsabilité médicale.* (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 3e série, 1902, t. XLVII, p. 56). — Voyez aussi Pinard, *Du fœticide* (*Annales d'Hyg.*, 1902, tome XLVII, p. 234).

III. — ROLE DU MÉDECIN

IL Y A 40 ANS ET AUJOURD'HUI

Il y a quarante ans, alors que j'étais étudiant, il y avait dans la famille un seul médecin ; c'est lui qui mettait au monde les enfants, c'est lui qui recueillait le dernier soupir des vieillards. On ne le considérait pas comme un homme qui vient faire une visite et que l'on paye ; c'était un ami, un confident des peines et des joies ; il suivait la famille pendant plusieurs générations, la voyait grandir et se développer ; ce n'était pas seulement un médecin, c'était, ainsi que l'a désigné Lasègue, le *medicus familiaris*. Quand l'un des membres de la famille était atteint d'une affection réclamant l'in-

tervention d'un médecin spécialiste, c'était le médecin de la famille qui le choisissait, il accompagnait le malade à la consultation ou assistait à la visite. Comme il connaissait les antécédents héréditaires et personnels de son client, il lui était facile, avec l'aide du médecin spécialiste, de formuler un traitement rationnel.

Ce type de médecin de famille, si bien étudié par Balzac (1), a presque disparu.

Aujourd'hui ce n'est plus le médecin qui choisit le spécialiste, c'est la famille qui le lui impose.

Que de fois n'arrive-t-il pas que le malade va trouver le médecin, non pour lui demander une consultation, mais seulement pour réclamer le nom et l'adresse d'un bon spécialiste?

Assez souvent je reçois des lettres de personnes habitant la province qui m'avertissent, que, venant à Paris et souffrant d'une maladie quelconque, elles seraient désireuses que je leur envoie l'adresse d'un médecin spécialiste, et si je leur réponds que c'est à leur

(1) Balzac, *Les Parents pauvres.*

médecin habituel de leur donner ce conseil, elles me font l'une des deux réponses suivantes : « Ce à quoi je tiens avant tout c'est que mon médecin ignore cette maladie, sans quoi dans ma commune tout le monde le saurait », ou : « Je n'ai pas de médecin habituel. »

Certes, il est nécessaire qu'il y ait des spécialistes, c'est une conséquence inéluctable des progrès scientifiques. La médecine devient une science tellement vaste, qu'il est non seulement difficile, mais impossible d'en connaître d'une manière suffisante toutes les branches ; il est certaines spécialités qui sont elles-mêmes tellement complexes, que c'est à peine si une seule personne peut en connaître toutes les parties. Prenez l'ophtalmologiste ; il devra être neurologiste, chirurgien et physicien.

Cependant si j'admets la nécessité des spécialistes, je pense qu'il est non moins nécessaire que l'exécution du traitement qu'ils prescrivent soit surveillée par le médecin de famille.

Je puis rapporter deux exemples de la singulière conception que le public a de la médecine.

Il y a quelque temps, un Monsieur fort intel-

ligent, ancien élève de l'Ecole polytechnique, vient me demander l'adresse d'un médecin spécialiste, pour son fils qui souffrait de douleurs de tête ; au cours de la conversation, j'appris que ce jeune malade, qui avait quelque lenteur de digestion, était soigné pour son estomac par un spécialiste *ad hoc* et que, comme il présentait une légère exostose du tibia, il recevait les soins d'un chirurgien. Le père voulait en outre l'adresse d'un spécialiste pour les céphalées de croissance, survenant chez un jeune homme d'une quinzaine d'années.

Il y a trois ou quatre jours, je reçus la visite d'un autre Monsieur, qui, lui aussi, m'amenait son fils, atteint d'une éruption banale du cuir chevelu, pour laquelle il était allé consulter quatre spécialistes pour la peau. Aucun des quatre docteurs ne lui avait prescrit identiquement le même traitement, bien que tous aient certainement diagnostiqué la même affection. Le père, muni de ces ordonnances, a fait exécuter celle qui lui a le mieux convenu et soigne lui-même son fils, sans aucune surveillance médicale.

Il est un nombre considérable de personnes

qui voltigent ainsi de spécialiste en spécialiste, et reçoivent en même temps les soins de deux, trois et même quatre médecins, qui ignorent leur singulière collaboration. Les malades ne se doutent pas un instant que la multiplicité des traitements suivis, chacun pris isolément étant cependant bon, peut causer un grand préjudice à la santé ; et qu'une médication, pour être efficace, doit être une et bien coordonnée.

La situation que je viens d'exposer, en prenant Paris pour type, est identique dans les autres grandes villes.

Pour les petites localités, il commence à en être de même. Le malade, grâce aux facilités des communications, ne se contente plus de l'avis du médecin de la commune qu'il habite, il va consulter à la ville et profite même de son déplacement pour visiter successivement plusieurs médecins le même jour, quitte à ne suivre aucun des traitements prescrits.

Dans un article retentissant, M. Brunetière a proclamé la faillite de la science ; je n'entrerai pas en discussion avec cet éminent académicien, mais nous pouvons hautement affirmer que la

science médicale a tenu ses promesses. Jamais, depuis Hippocrate, le monde n'a assisté à une révolution aussi bienfaisante que celle qu'a suscitée l'Epopée pastorienne.

On s'est bien à tort étonné de voir un chimiste faire des découvertes qui ont eu des conséquences aussi capitales pour la science médicale. La théorie des fermentations de Pasteur, théorie qui était jusqu'alors demeurée inexplicable, fut la base de toutes les découvertes ultérieures. La fermentation sembla à Pasteur explicable par l'action d'agents que tout d'abord il prit pour des animalcules, mais que bientôt il reconnut être des éléments végétaux : les microbes et les bactéries.

Au début, les découvertes de Pasteur furent reçues avec quelque incrédulité, et même des maîtres, tels que Biot et Dumas, émirent quelques doutes sur l'application que Pasteur voulait faire de sa théorie des fermentations à la contagion de certaines maladies. C'est alors que se présenta un sujet d'études qui fut le triomphe des idées pastoriennes.

Il existait dans le département du Gard de terribles épidémies sévissant sur les vers à soie,

dont la culture, qui faisait la richesse des populations, semblait sur le point d'être anéantie. Pasteur étudia sur place dans les magnaneries la *pébrine* et la *flacherie*, deux maladies contagieuses frappant les vers à soie ; il arriva à en cultiver les germes, à les inoculer à des sujets sains, il arriva de même par l'isolement à garantir de l'épidémie des sujets non encore touchés.

Les travaux publiés sur ce sujet par Pasteur (1) sont admirables ; on y trouve les lois de la contagion, l'isolement des malades, la désinfection, et il n'y eut plus qu'à mettre en pratique pour l'homme les mesures prophylactiques qui avaient si bien réussi à Pasteur pour les vers à soie.

C'est alors que l'on commença en chirurgie à prendre des précautions opératoires ; on isola la plaie de tout contact extérieur par le pansement ouaté d'Alphonse Guérin (2), que bientôt allait remplacer le pansement phéniqué de Lis-

(1) L. Pasteur, *Les Maladies des vers à soie*, 1870.

(2) Alphonse Guérin, *Les pansements modernes, le pansement ouaté et son application à la thérapeutique chirurgicale*, Paris, 1889.

ter. L'antisepsie était trouvée, vous savez quels merveilleux résultats elle a donnés.

La transmissibilité de certaines maladies par des agents figurés avait déjà été signalée. Davaine avait appelé l'attention sur certains agents de contagion, charbon, maladie des fruits (1) et Tarnier avait déjà dit que chaque année il mourait à Paris 1600 femmes en couche de trop, faute des précautions nécessaires. Il avait fait construire le pavillon d'isolement des femmes en couches à la Maternité.

Je me souviens, qu'alors que je remplaçai Hervieux comme médecin de la Maternité, je tombai en pleine épidémie de fièvre puerpérale et on perdait de 33 à 50 pour 100 des nouvelles accouchées, toutes étaient emportées par la septicémie, ainsi que le tiers des nouveau-nés. Lorsque Tarnier prit le service d'accouchements, et qu'il eut fait construire son pavillon d'isolement, sans aucune antisepsie, puisque la méthode était encore inconnue, il arriva à faire tomber la mortalité à 5 et 6 pour 100.

(1) Davaine, *L'Œuvre de Davaine,* Paris, 1889.

Le grand mérite de Pasteur a été non pas seulement de découvrir ces agents de contagion, mais de les cultiver, de préciser leurs modes d'évolution, enfin de les faire agir comme agents vaccinateurs.

Nous raisonnons maintenant sur des faits connus, indiscutables, nous avons relégué dans un passé déjà oublié par les jeunes générations, les discussions, qui ont duré des siècles, sur la spécificité, la spontanéité morbides.

Les théories pastoriennes semblèrent tout d'abord devoir être surtout applicables en chirurgie, mais les travaux des médecins sur les maladies épidémiques, notamment ceux de Villemin, sur la contagion de la tuberculose (1), complétés par la découverte du bacille producteur de la maladie par Robert Koch, prouvèrent qu'il existe en médecine toute une catégorie de maladies transmissibles dont il est possible, moyennant quelques précautions, de se garantir.

Aujourd'hui le peuple sait qu'il est des ma-

(1) Villemin, *Etude sur la tuberculose*, Paris, 1868.

ladies *évitables* (1), et puisque nous avons émis cette affirmation, nous avons implicitement pris l'engagement de les faire disparaître. Nous devons faire honneur aux promesses de la science. Mettre en garde nos concitoyens contre les dangers qui les menacent, leur permettre d'éviter les maladies, soit exotiques, soit autochtones, n'est-ce pas là l'œuvre la plus désintéressée et la plus noble qui puisse être l'idéal du médecin ?

(1) Brouardel, *Les Maladies évitables, variole, fièvre typhoïde* (*Acad. de méd.*, 11 nov. 1890 et *Ann. d'hyg.*, 1891, tome XXV, p. 43).

IV. — INTERVENTION DE L'ÉTAT

Il serait inexact de dire que l'Etat n'a marqué, par son intervention, son souci de l'amélioration de la santé générale qu'après 1848.

Au commencement du siècle, le législateur avait tout d'abord réglé l'état civil des citoyens par les articles du Code qui visent les naissances et les inhumations. Incidemment, par le décret de prairial, il avait touché à des questions d'hygiène.

C'était aussi d'une façon indirecte qu'il avait agi dans ce sens, quand il avait constitué le corps de santé de l'armée, celui de la marine, les médecins des lycées, etc. Le but était plus curatif que prophylactique. Mais partout où l'Etat plaçait un médecin, il plaçait également un gardien de la santé publique ; le médecin a tou-

jours revendiqué ce rôle, et l'on peut dire que toutes les lois concernant l'hygiène, qui ont amené une amélioration dans la santé publique, ont été provoquées par les médecins.

Dans le milieu du XIXe siècle, on accusait les médecins de professer des idées très avancées, le fait était vrai et s'explique parce que le médecin pénètre dans l'intimité des familles ouvrières, connaît les causes de leurs misères, notamment de celle qui suit la maladie, surtout la maladie du chef de famille.

Le rôle du médecin s'est donc singulièrement modifié pendant la dernière moitié du XIXe siècle.

La médecine était presque exclusivement curatrice, elle est devenue essentiellement préservatrice.

I. — DE 1848 A 1850

La première intervention directe du législateur pour améliorer la santé du peuple date de 1848.

Les hommes de 1848, honnêtes, dévoués à la cause du peuple, mais peut-être un peu trop

théoriciens, convaincus de l'utilité de l'hygiène, voulurent en faire pénétrer les principes dans les classes pauvres.

« Il n'est plus aujourd'hui un bon citoyen, disait Royer-Collard, un homme sincèrement ami de son pays et du bien public, qui ne sente, quelle que soit la différence des opinions, que le premier devoir de tous est de venir promptement en aide aux classes malheureuses, aux ouvriers, aux paysans, aux pauvres habitants des villes et des campagnes. Il faut, avant tout, leur assurer la santé, sans laquelle les autres biens n'ont aucun prix. »

Dans ce but, le gouvernement, par décret du 10 avril 1848, institua auprès du pouvoir central le *Comité consultatif d'hygiène*, modifié ultérieurement par les décrets du 23 octobre 1856, du 5 novembre 1864, 15 février 1879, 4 mars 1881 et 8 mars 1884 (1).

Puis le gouvernement se préoccupa d'organiser dans les arrondissements des *Conseils d'hy-*

(1) Marcel Peschaud, *De l'intervention de l'Etat en matière d'hygiène publique*, 1898.

giène et de salubrité sur la création desquels on fondait les plus grandes espérances.

« Bientôt, écrivait Royer-Collard dans son rapport, les campagnes seront assainies, et les fièvres qui désolent une si grande partie de la France reculeront devant la main industrieuse de l'homme ; les aliments et les boissons ne seront plus altérés par des fraudes criminelles ; les malades recevront les soins et les secours qui leur sont dus, quelle que soit la modicité de leurs ressources. Les habitations privées, mieux exposées et mieux construites, les hospices et les établissements publics devenus salubres, la santé des petits enfants protégée par une surveillance sévère, diminueront de toutes parts l'effrayante mortalité qui moissonne les derniers rangs de la société (1). »

Des instructions rédigées par Tardieu et Magendie furent adressées aux Conseils, et leur attention fut particulièrement appelée sur l'assainissement des localités et des habitations.

(1) Royer-Collard, *Rapport sur la création des Conseils d'hygiène départementaux.*

Les résultats furent loin de répondre à l'attente. Les Conseils d'hygiène ne disposant que de ressources insuffisantes et leurs avis étant dépourvus de toute sanction étaient voués à l'impuissance.

A côté de ces raisons d'ordre général, il en est d'autres d'ordre local qui ne sont pas sans avoir quelque importance. Dans les régions où affluent les étrangers, les municipalités croient ne pas avoir intérêt à dévoiler l'état sanitaire ; quand il est mauvais, elles craignent, s'il existe une épidémie, que les étrangers aillent vers d'autres stations et que les bénéfices que la saison doit rapporter à la région soient perdus. Dans ces conditions, le Conseil d'hygiène n'est pas consulté, et je pourrais citer tel Conseil d'hygiène du littoral de la Méditerranée qui ne s'est pas réuni depuis une dizaine d'années.

A côté des Conseils d'hygiène, le législateur institua des Commissions *de logements insalubres*.

La loi du 13-22 avril 1858 concernant les *logements insalubres*, c'est-à-dire « ceux qui se trouvent dans les conditions de nature à porter

atteinte à la vie ou à la santé de leurs habitants » précise les pouvoirs des municipalités à l'égard de ces logements. En vertu de l'article 1 de cette loi, le Conseil municipal de chaque commune *peut* nommer une Commission des logements insalubres dont le maire est le président. La Commission a le droit de visiter les locaux signalés comme insalubres (article 3).

Il y eut, à cette époque, un élan de générosité admirable, que les échecs successifs qui ont suivi les tentatives de 1848-52 ont singulièrement atténué : tout le monde était d'accord au sujet de l'utilité de la loi et M. Théophile Roussel disait avec raison :

« Je vous demande si la mise en location d'habitations insalubres n'est pas un abus aussi criminel que la vente de substances de mauvaise qualité et s'il n'est pas aussi obligatoire pour nous de faire intervenir une loi impérative pour empêcher qu'on ne vende à un prix dont vous ne pouvez juger la cherté, puisque c'est au prix de la santé ou même de la vie, cet aliment indispensable qui est l'air. »

Cependant le Parlement n'osa pas formuler

une loi impérative et c'est justement son caractère facultatif qui l'a frappée d'une stérilité que M. Th. Roussel avait dès lors prévue.

« Si vous ne donnez pas à la loi, disait-il, un caractère impératif, soyez assurés que, dans la plus grande partie des communes, non seulement des communes rurales, mais dans beaucoup de petites villes, de localités de provinces éloignées, là où l'incurie des municipalités est bien connue, soyez certains que personne ne saisira le Conseil municipal de cette question et qu'elle ne sera même pas discutée. Tout le monde sait quelle est l'apathie des municipalités et avec la faculté de faire ou de ne rien faire, il y a pleine certitude que rien ne sera fait. »

La prophétie de M. Th. Roussel s'est pleinement justifiée, et non seulement dans les communes, mais dans la plupart des grandes villes, la loi n'a reçu qu'une application illusoire : la Commission n'a pas été nommée, ou si elle l'a été, elle ne se réunit pas. Mais même dans les villes, six ou sept, où la Commission fonctionne, les résultats ont été très souvent compromis. La Commission dépose bien un rapport, mais c'est le maire qui doit

prendre les mesures administratives pour remédier à l'insalubrité du local appartenant à un de ses concitoyens, et comme cet homme est un électeur, le maire préfère laisser de côté l'avis de la Commission et ne pas risquer de mécontenter un de ses administrés.

Enfin, en cas de poursuites, la lenteur de la procédure est telle que les délais arrivent à être parfois destructifs de la loi elle-même. On a cité une affaire, devenue classique en l'espèce, qui, introduite en 1876, est venue cinq fois devant la Commission des logements insalubres, quatre fois devant le Conseil de préfecture, une fois devant le Conseil d'état et était encore pendante en 1882 devant le Conseil de préfecture (1).

Quand les poursuites aboutissent, le délinquant est condamné à une amende de 16 à 100 francs, qui, s'il existe des circonstances trouvées atténuantes, peut être réduite à un franc.

Mise à exécution laissée au bon plaisir des autorités municipales, insuffisance de sanction,

(1) Peschaud, *loc. cit.*, p. 321. — Fillassier, *De la détermination des pouvoirs publics en matière d'hygiène*, 1899.

telles sont les deux causes principales de l'inefficacité de la loi de 1850.

Dans toutes les questions qui touchent à l'hygiène, la difficulté n'est pas de faire une loi, mais de l'élaborer de telle façon que l'application en soit aisée et qu'elle soit acceptée sans récriminations.

Lorsqu'en 1852, J.-B. Dumas, alors Ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, réorganisa le Comité consultatif d'hygiène, il eut la perception très nette de ce défaut capital. Il est certain que c'est dans une réunion de savants que peuvent être discutés utilement les principes scientifiques qui régissent les questions d'hygiène, les origines d'une épidémie, les moyens à lui opposer, mais tout reste en l'état, parce que ces remèdes lèsent des intérêts considérables, dont médecins, hygiénistes, chimistes ignorent parfois l'existence. Pour remédier à ces inconvénients, Dumas fit entrer dans la constitution du Comité consultatif d'hygiène de France des personnes étrangères aux sciences pures, des administrateurs, des industriels pouvant donner des avis sur les modes

d'application des avis formulés par les hygiénistes.

Ainsi, lorsqu'en 1897 le Comité eut à élaborer un règlement concernant les communications commerciales avec les pays d'où proviennent les maladies exotiques, nous fîmes appel au concours de M. Delaunay-Belleville, alors Président de la Chambre de commerce de Paris et membre du Comité, lui disant : « Voilà ce que comme hygiénistes nous demandons, voyez et rectifiez, de manière à concilier les besoins de l'hygiène avec ceux du commerce. » M. Delaunay-Belleville nous fit modifier quelques articles, qui, par leur forme, prescrivaient des mesures vexatoires pour le commerce et nous proposa de nouvelles rédactions qui donnaient toute satisfaction à l'hygiène et rendaient l'application de ces mesures pratique et presque indifférente au commerce.

Ce règlement fut traduit et accepté presque sans modification en Allemagne et, ce qui en montre bien toute la valeur, en Angleterre où l'on n'accepte cependant guère une entrave, si légère soit-elle, à la liberté du commerce, Thorne-

Thorne, chef du *Board local government*, déclara qu'il pouvait servir de modèle.

Les hommes de 1848 étaient un peu trop théoriciens ; ils ont eu des illusions. Ils ont cru qu'il suffirait de signaler le danger pour que toutes les énergies s'emploient à le combattre ; ils ont cru que du moment que l'on donnait la faculté de faire le bien, le bien suivrait fatalement, enfin ils ont cru à la possibilité du dévouement perpétuel et gratuit de tous.

Certes, et c'est un honneur pour notre profession, le médecin sait se dévouer, il a fait ses preuves et vienne une épidémie, on le voit à l'œuvre. Mais il est une grande différence entre le courage, le dévouement absolu, mais temporaire, que peut montrer le médecin en face du danger et le dévouement obscur, indéfini, de tous les instants, que l'on pensait pouvoir obtenir de lui. Une épidémie ne dure qu'un temps, c'est un accident dans la vie du médecin et il peut, si l'occasion se présente, livrer sans compter, sans espoir de gain, son savoir, ses forces et même sa vie. Mais, le médecin est généralement peu fortuné, il a une famille qui a des be-

soins impérieux et dont il lui faut péniblement gagner le pain quotidien. C'est pourquoi compter établir la pérennité d'une institution sur un dévouement de tous les instants, sans aucune rémunération, était une utopie, une vue de l'esprit irréalisable.

Or, en France, toutes les fonctions confiées aux hygiénistes sont absolument gratuites. Elles nécessitent des déplacements, pour lesquels aucune allocation n'est inscrite dans les différents budgets; lorsqu'une enquête s'impose, elle cause au médecin une perte de temps matérielle, des recherches dans des règlements qui lui sont peu familiers, la rédaction d'un rapport dont les conclusions seront contestées par les intéressés. De sorte que peu d'entre nous s'engagent sans regret dans ces difficultés. Seules quelques personnes passionnées pour l'hygiène consentent, si leur position de fortune les rend indépendantes, à les affronter.

II. — DE 1874 A 1902

Depuis 1874, un mouvement humanitaire analogue à celui de 1848 a entraîné le Parlement,

sous une poussée d'opinion irrésistible, à étudier et promulguer des lois ayant pour but la protection des travailleurs et le relèvement de la condition sociale des ouvriers. Il est, vous le savez, des maladies évitables, mais elles sont beaucoup plus évitables pour le riche que pour le pauvre ; le législateur en a eu la conception très nette, je n'en donnerai qu'une preuve, selon moi très démonstrative.

Quand dans un même milieu ou dans un milieu à peu près identique, au point de vue de l'habitation et du travail, la santé d'un homme ou de sa famille est ou n'est pas surveillée, la mortalité se traduit par les chiffres suivants :

Mortalité générale en France, dans ces dernières années : 22 pour 1000.

Mortalité dans les Sociétés de secours mutuels, c'est-à-dire dans des Sociétés dont les membres se surveillent et reçoivent les soins et les conseils médicaux pendant ces mêmes années : 16 pour 1000.

Si on accepte, et cela ne me semble pas contestable, que les personnes aisées sont dans des conditions aussi favorables que les membres des

Sociétés de secours mutuels, n'est-on pas effrayé en pensant que l'économie de ces six vies sur 1000 se reporte, en la chargeant d'autant, sur la classe pauvre, qui lutte sans secours et sans protection contre la maladie.

Nous pouvons estimer cette influence de la misère si nous nous reportons aux chiffres de mortalité tuberculeuse, que j'ai relevés pour les différents quartiers de Paris : Plaisance, quartier pauvre, mortalité 105 pour 10000 habitants; Champs-Elysées, quartier riche, 11 pour 10000.

Si bien que, dans une même ville, la mortalité varie, pour ces maladies évitables, dans la proportion de 1 à 10 suivant la protection qu'une aisance, même très relative, assure ou refuse à chacun.

Ajoutez que, pour le pauvre, la misère, dans ce qu'elle a de plus effroyable, est la compagne inséparable de la maladie.

J'ai déjà montré comment les familles ouvrières disparaissent par la tuberculose et j'y reviens, car on ne saurait trop insister (1).

(1) P. Brouardel, *la Lutte contre la tuberculose*, 1901.

Un ouvrier gagne largement sa vie, il est marié et vit assez à l'aise, dans une ou deux chambres, avec sa femme et ses enfants. Le père de famille prend froid, tombe malade et cherche d'abord à se soigner en continuant à travailler, mais bientôt son appétit le quitte, il maigrit, ses forces diminuent, il est obligé de s'arrêter. Sa femme le soigne avec un dévouement, qui, je le dis avec fierté, est une règle dans tous les milieux de notre Société. Elle lutte avec courage pour subvenir aux besoins de la famille, mais les ressources s'épuisent, la maladie du mari s'aggrave, la misère s'abat avec ses privations, sur cette famille il y a quelques mois encore prospère. Bientôt, la femme affaiblie tombe, contagionnée par son mari. Tous deux prennent le chemin de l'hôpital, où ils achèvent de mourir. Les enfants restent à la charge de l'Assistance publique et quels enfants! débiles, élevés dans un air confiné, ayant vécu et couché dans une atmosphère où pullulaient les bacilles, ils portent en eux le germe de la maladie, l'un meurt de méningite, l'autre d'ostéite tuberculeuse, un autre de tuberculose intestinale, si l'un d'eux résiste, il reste à

la charge de la Société. En quelques années, la famille entière a disparu.

En présence de cette misère, le médecin s'est encore mis à la tête de ceux qui revendiquaient le droit à la santé et à la vie; le législateur s'est ému; on a fait des lois pour la protection des travailleurs; je ne les étudierai pas toutes, cela nous entraînerait dans des discussions trop étendues, je me bornerai à signaler les actes législatifs dans lesquels le médecin a été visé et je montrerai quelle influence ces lois ont sur l'exercice de notre profession.

1. — PROTECTION DES ENFANTS DU PREMIER AGE. LOI TH. ROUSSEL

Cette loi, promulguée le 23 décembre 1874, a pour but la protection des enfants du premier âge et en particulier des nourrissons.

Voici ses dispositions principales :

Tout enfant âgé de moins de deux ans, qui est placé moyennant salaire en nourrice ou en garde hors du domicile de ses parents, devient par ce fait même, de la part de l'autorité publique, l'objet d'une surveillance ayant pour but de sauvegar-

der sa vie et sa santé. Cette surveillance est confiée aux Préfets assistés d'un Comité central, qui, dans les départements où l'industrie nourricière est particulièrement développée, a des ramifications dans les principaux centres.

Les personnes soumises à la surveillance légale sont les personnes ayant un nourrisson, un ou plusieurs enfants en sevrage ou en garde moyennant salaire, il en est de même des bureaux de placement et de toutes les personnes qui s'emploient au placement des nouveau-nés.

Une lacune de la loi est la suivante. L'enfant n'est sous la protection légale que s'il est élevé par une nourrice salariée hors du domicile de ses parents ; or, l'enfant soigné chez ses grands-parents, chez un frère, peut recevoir de mauvais soins qui échappent à toute surveillance. Espérons, puisqu'une loi nouvelle de protection des enfants en bas âge, destinée à remplacer la loi Roussel, est à l'étude, que les législateurs combleront cette grave lacune.

En vertu de l'article 5 de cette loi, un médecin est chargé de l'inspection des enfants placés en nourrice ; ce médecin est nommé par le Pré-

fet ; le bénéfice qu'il en retire est minime, mais sa responsabilité peut se trouver parfois sérieusement engagée. Si la mortalité des nourrissons semble trop considérable, on accuse le médecin de négligence, sa responsabilité est engagée vis-à-vis de l'administration; de plus, le médecin peut se trouver compromis, sans qu'il y ait aucune faute de sa part, notamment dans les cas d'hérédo-syphilis.

Les manifestations de la syphilis héréditaire ne paraissent pas toujours au moment de la naissance et d'après une statistique de Diday, les accidents se produiraient 50 fois sur 100 dans le premier mois, 30 fois sur 100 au cours du second et 20 fois entre le second et le quinzième. Les statistiques les plus récentes donnent à ce délai une durée encore plus longue. Le diagnostic est parfois difficile et ne peut être fait qu'à la suite de plusieurs examens. Je puis rapporter un exemple typique.

Le 5 avril 1886, je fus commis, avec MM. Fournier et Vibert, à l'effet de dire « si, d'après les do cuments de la cause et les données de la science, il peut être affirmé que l'enfant remis à la

femme Font-Renaud, le 5 janvier 1883, portait dès ce jour les signes révélateurs de la syphilis ou tout au moins des indices pouvant faire craindre l'existence de ce mal ; si notamment le muguet et le coryza dont il était atteint étaient de nature à éveiller l'attention des médecins ou s'ils constituaient, au contraire, un obstacle à la constatation du mal, si enfin un examen attentif et consciencieux eût dû déterminer l'homme de l'art à interdire, provisoirement ou définitivement l'allaitement, par une nourrice saine et eût ainsi prévenu la contagion ».

Or, cet enfant avait été examiné le 2 janvier 1883 par Parrot, alors médecin en chef de l'hospice des Enfants assistés, homme très consciencieux, qui avait écrit de nombreux travaux sur la syphilis héréditaire et était par conséquent très compétent en cette matière ; il ne découvrit aucun stigmate d'hérédo-syphilis.

L'enfant, envoyé en nourrice, est examiné le 3 janvier par le médecin inspecteur des nourrissons. L'enfant est noté comme chétif et présente un peu de coryza qui semble dû à un refroidissement survenu au cours du voyage.

Quelques jours plus tard, le médecin constate la présence d'une plaque de muguet sur la langue; mais ce n'est que le 21 janvier qu'il découvre des signes évidents de syphilis héréditaire.

La nourrice prit la syphilis, la transmit à son mari, et un enfant né peu après succomba à la syphilis héréditaire.

Des poursuites furent engagées et on nous demanda de rechercher dans notre enquête quelle pouvait être la responsabilité du médecin.

Le médecin fut mis hors de cause et les indemnités réclamées furent payées par l'Assistance publique.

La question de la protection des enfants du premier âge est des plus intéressantes, puisque l'on peut estimer que chaque année il meurt 150,000 enfants de 0 à 1 an. D'après une statistique établie par MM. Balestre et Giletta Saint-Joseph, portant sur les décès s'étant produits dans 681 villes principales de France pendant six années de 1892 à 1897, sur 1000 décès il y a en moyenne, 167 décès de 0 à 1 an. Le chiffre le plus élevé est fourni par le département du Nord, 283,67 décès de 0 à 1 an sur 1000 décès de tout

âge, 151,15 dans la Seine et 80,51 dans le Gers (1).

Sur 100 décès de 0 à 1 an, 38,5 sont en moyenne occasionnés par la diarrhée et pendant les mois de chaleur, juillet et août, cette moyenne monte jusqu'à 60 p. 100.

Cette intéressante question vient d'être reprise par MM. Girard et Bordas. Il résulte de leurs recherches que la proportion des décès d'enfants de moins d'un an est la suivante (2).

Lille,	1 décès d'enfant	de moins de 1 an sur	3,3	décès
Dunkerque	—	—	4	—
Rouen	—	—	4,5	—
Reims	—	—	5,53	—
Lyon	—	—	8	—
Paris	—	—	8	—
Berlin	—	—	4,34	—
Londres	—	—	6,2	—
Berne	—	—	6,1	—
Amsterdam	—	—	5,9	—
Stockholm	—	—	7	—

(1) Balestre et Giletta de Saint-Joseph, *Étude sur la mortalité de la première enfance dans la population urbaine de la France* de 1892-1897, Paris, 1901.

(2) A. Girard et F. Bordas, *Le lait et la mortalité infantile dans les principales villes de France* (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 3e série, t. XLVIII, 1902, p. 139).

Or le taux de la mortalité infantile est en grande partie sous la dépendance de l'alimentation. C'est ainsi qu'à Lille, une des rares villes où la mortalité infantile atteint plus du quart des décès, la qualité du lait est particulièrement mauvaise. La statistique de l'Office sanitaire de Lille montre qu'en 1900 sur 694 échantillons examinés au Laboratoire 16 seulement furent reconnus bons. La richesse en beurre des 694 échantillons était la suivante :

21,4 p.. 100 contenaient moins de 1 gr. de beurre par litre (1).

20,4 p. 100	contenaient	1 gr. à 1 gr. 5
14,9	—	1 gr. 5 à 2 gr.
12,1	—	2 gr. à 2 gr. 5
10,8	—	2 gr. 5 à 3 gr.
11,3	—	3 gr. à 3 gr. 5
4,9	—	3 gr. 5 à 4 gr.
1,7	—	4 gr. à 4 gr. 5.

Pour les enfants assistés, la mortalité des enfants mis en nourrice est de 30 pour 100 enfants dans la première année.

(1) La quantité de beurre normalement contenue dans le lait est de 40 à 45 grammes.

Quant aux enfants que laissent dans leur pays les nourrices qui viennent se placer à Paris et dans les grandes villes, les *remplaçantes*, comme les a nommées Brieux, nous n'avons que peu de données pour apprécier leur mortalité, mais nous savons par les médecins exerçant dans la Nièvre et le Morvan qu'elle est considérable.

La loi Roussel a rendu de grands services dans les villes et les campagnes, mais l'application devra être complétée, la surveillance des nourrissons devra être plus sévère.

C'est la diarrhée, ai-je dit, qui, pendant les mois de chaleur, décime les nouveau-nés. Ils ne meurent pas faute de soins, mais faute de soins bien compris. Comme l'a écrit M. Budin : « Les femmes du peuple abandonnées à elles-mêmes, ne reçoivent, en général pas de conseils ou elles n'en écoutent que d'incompétents et de funestes. C'est seulement quand leur nourrisson est devenu malade qu'elles s'adressent au médecin, c'est-à-dire alors qu'il est trop tard. Il ne devrait pas en être ainsi, les mères, les nourrices ont besoin d'être guidées pendant

cette période si dangereuse pour l'enfant. »

Depuis 1892, M. Budin a fondé successivement à l'hôpital de la Charité, à la Maternité, enfin à la clinique Tarnier des *consultations de nourrissons*. Voici en quoi elles consistent : « Chaque semaine, les femmes qui élèvent elles-mêmes leur enfant, le ramènent à l'hôpital ou elles sont accouchées. Il est examiné et pesé. Sur un registre spécial, on inscrit son poids et les renseignements qui le concernent ; on peut, de la sorte, ensuite établir facilement sa courbe (1). »

Si l'allaitement au sein devient insuffisant ou si la mère n'a plus de lait, on prescrit une quantité variable de lait stérilisé, que la mère vient chercher chaque matin. « Chaque consultation devient ainsi une école des mères, car si on soigne les bébés, on conseille aussi les nourrices, leur traçant la ligne de conduite pour le présent et pour l'avenir. »

(1) Budin, *De la puériculture après la naissance* (*rapport au Xe congrès international d'hygiène et de démographie*, Paris, 1900).

Des consultations analogues, auxquelles le Dr Dufour de Fécamp a donné le nom si pittoresque de *gouttes de lait*, ont été créées à Paris, dans des dispensaires dépendant de l'Assistance publique ou privée et aussi dans les grandes villes : les résultats ont été excellents. Pendant les étés de 1899 et de 1900, qui furent si meurtriers pour les jeunes enfants, les nourrissons surveillés ou alimentés à l'aide du lait fourni par les dispensaires et les hôpitaux restèrent à peu près indemnes.

La qualité du lait n'est pas seulement la cause principale de ces diarrhées meurtrières. Si la bête qui le fournit est atteinte de tuberculose, surtout si elle a une mammite tuberculeuse, le lait qu'elle fournit contient des bacilles de Koch, l'enfant meurt par entérite tuberculeuse, péritonite de même nature, dégénérescence des ganglions du mésentère, etc.

A Paris, cette forme de tuberculose fait périr chaque année 75 enfants de 0 à 1 an sur 10000.

En Angleterre, où on a réussi à abaisser la mortalité des adultes par tuberculose de 45 p. 100 en 40 ans, les manifestations tuberculeuses vont

cette période si dangereuse pour l'enfant. »

Depuis 1892, M. Budin a fondé successivement à l'hôpital de la Charité, à la Maternité, enfin à la clinique Tarnier des *consultations de nourrissons*. Voici en quoi elles consistent : « Chaque semaine, les femmes qui élèvent elles-mêmes leur enfant, le ramènent à l'hôpital ou elles sont accouchées. Il est examiné et pesé. Sur un registre spécial, on inscrit son poids et les renseignements qui le concernent ; on peut, de la sorte, ensuite établir facilement sa courbe (1). »

Si l'allaitement au sein devient insuffisant ou si la mère n'a plus de lait, on prescrit une quantité variable de lait stérilisé, que la mère vient chercher chaque matin. « Chaque consultation devient ainsi une école des mères, car si on soigne les bébés, on conseille aussi les nourrices, leur traçant la ligne de conduite pour le présent et pour l'avenir. »

(1) Budin, *De la puériculture après la naissance* (*rapport au X[e] congrès international d'hygiène et de démographie*, Paris, 1900).

Des consultations analogues, auxquelles le Dr Dufour de Fécamp a donné le nom si pittoresque de *gouttes de lait*, ont été créées à Paris, dans des dispensaires dépendant de l'Assistance publique ou privée et aussi dans les grandes villes : les résultats ont été excellents. Pendant les étés de 1899 et de 1900, qui furent si meurtriers pour les jeunes enfants, les nourrissons surveillés ou alimentés à l'aide du lait fourni par les dispensaires et les hôpitaux restèrent à peu près indemnes.

La qualité du lait n'est pas seulement la cause principale de ces diarrhées meurtrières. Si la bête qui le fournit est atteinte de tuberculose, surtout si elle a une mammite tuberculeuse, le lait qu'elle fournit contient des bacilles de Koch, l'enfant meurt par entérite tuberculeuse, péritonite de même nature, dégénérescence des ganglions du mésentère, etc.

A Paris, cette forme de tuberculose fait périr chaque année 75 enfants de 0 à 1 an sur 10000.

En Angleterre, où on a réussi à abaisser la mortalité des adultes par tuberculose de 45 p. 100 en 40 ans, les manifestations tuberculeuses vont

cette période si dangereuse pour l'enfant. »

Depuis 1892, M. Budin a fondé successivement à l'hôpital de la Charité, à la Maternité, enfin à la clinique Tarnier des *consultations de nourrissons*. Voici en quoi elles consistent : « Chaque semaine, les femmes qui élèvent elles-mêmes leur enfant, le ramènent à l'hôpital ou elles sont accouchées. Il est examiné et pesé. Sur un registre spécial, on inscrit son poids et les renseignements qui le concernent ; on peut, de la sorte, ensuite établir facilement sa courbe (1). »

Si l'allaitement au sein devient insuffisant ou si la mère n'a plus de lait, on prescrit une quantité variable de lait stérilisé, que la mère vient chercher chaque matin. « Chaque consultation devient ainsi une école des mères, car si on soigne les bébés, on conseille aussi les nourrices, leur traçant la ligne de conduite pour le présent et pour l'avenir. »

(1) Budin, *De la puériculture après la naissance* (*rapport au Xe congrès international d'hygiène et de démographie*, Paris, 1900).

Des consultations analogues, auxquelles le Dr Dufour de Fécamp a donné le nom si pittoresque de *gouttes de lait*, ont été créées à Paris, dans des dispensaires dépendant de l'Assistance publique ou privée et aussi dans les grandes villes : les résultats ont été excellents. Pendant les étés de 1899 et de 1900, qui furent si meurtriers pour les jeunes enfants, les nourrissons surveillés ou alimentés à l'aide du lait fourni par les dispensaires et les hôpitaux restèrent à peu près indemnes.

La qualité du lait n'est pas seulement la cause principale de ces diarrhées meurtrières. Si la bête qui le fournit est atteinte de tuberculose, surtout si elle a une mammite tuberculeuse, le lait qu'elle fournit contient des bacilles de Koch, l'enfant meurt par entérite tuberculeuse, péritonite de même nature, dégénérescence des ganglions du mésentère, etc.

A Paris, cette forme de tuberculose fait périr chaque année 75 enfants de 0 à 1 an sur 10000.

En Angleterre, où on a réussi à abaisser la mortalité des adultes par tuberculose de 45 p. 100 en 40 ans, les manifestations tuberculeuses vont

en augmentant dans la première année et Thorne-Thorne, chef du *Board local government*, attribue cette mortalité au fait qu'en Angleterre les étables ne sont pas surveillées.

A côté de l'influence nocive du lait de mauvaise qualité ou du lait employé de manière défectueuse, il est bon de veiller sur la qualité de l'eau qui sert au coupage du lait pendant les premiers mois et qui peut être le véhicule d'agents pathogènes. Les statistiques avaient montré dès 1864 que, dans deux pays d'Europe, en Norwège et en Portugal, la mortalité infantile ne dépassait pas 8 à 9 p. 100. Il semble très probable que cette faible mortalité n'est pas uniquement due à la qualité du lait, mais aussi à la pureté de l'eau qui sert au coupage. La Norwège et le Portugal présentent en effet au point de vue topographique quelque analogie : les deux pays sont coupés par des montagnes; sur les plateaux, la population est clairsemée, et l'eau est par conséquent exempte des souillures qui contaminent parfois dans les autres pays les sources qui semblent le mieux captées.

En terminant, je signalerai encore un des dangers auxquels les enfants sont exposés. En France, la tradition veut qu'on sorte les nouveau-nés presque par tous les temps. Combien n'en voit-on pas à Paris, glacés par la bise d'hiver, subissant des intempéries insupportables même aux adultes ?

Schutzenberger de Strasbourg a publié une statistique qui semble au premier abord un peu paradoxale ; il en ressort que les enfants nouveau-nés meurent moins que partout ailleurs dans les établissements pénitentiaires. Les raisons de cette anomalie sont multiples, les enfants soignés par leur mère ne sortent pas, et sont toujours soumis à la même température ; la mère, sachant fort bien que la manière dont elle soigne son enfant, comptera pour la réduction de la peine qu'elle doit subir, lui donne des soins méticuleux.

Malgré ses imperfections, la loi Roussel doit être rigoureusement appliquée, jusqu'au temps prochain où une loi nouvelle et plus complète de protection de l'enfance, actuellement à l'étude, viendra la remplacer.

Mais elle se base sur la confiance que le législateur a dans le médecin.

Le médecin du lieu d'où part le nouveau-né doit s'assurer que celui-ci n'emporte pas avec lui une maladie dangereuse pour la nourrice.

Le médecin du lieu où arrive le nourrisson doit s'assurer que la nourrice est saine, que les soins de propreté sont bien donnés, que le lait qui sert à l'allaitement est de bonne qualité et provient d'une bête saine, enfin que ses conseils sont réellement suivis.

Ces constatations sont souvent bien difficiles à faire, et le médecin se plaint avec raison que sa responsabilité et ses moyens de contrôle sont bien peu concordants.

Les fonctions confiées à ces médecins par la loi Roussel sont bien plus préservatrices que curatives. Ici encore l'hygiène prime la thérapeutique.

2. — MÉDECINS DES ÉCOLES

Depuis 1882, il existe une inspection médicale des écoles, mais, en dehors des grandes villes, ce

service laisse beaucoup à désirer. Tout d'abord, il ne peut guère fonctionner de manière efficace dans les communes où ne réside pas de médecin.

A Paris, le Préfet de la Seine, par arrêté du 15 décembre 1883, a organisé le service de l'inspection médicale des écoles primaires et maternelles, qui sont groupées par circonscriptions comprenant chacune de quinze à vingt classes. Tout enfant qui présente les symptômes d'une affection contagieuse est immédiatement renvoyé à sa famille et n'est de nouveau admis à reprendre place dans la classe qu'après avoir obtenu un certificat médical, constatant qu'il ne présente aucun danger pour ses condisciples.

Des arrêtés préfectoraux ont fixé les mesures prophylactiques à observer dans les écoles.

C'est ainsi qu'il est prescrit que les locaux doivent être désinfectés une fois chaque année, et lorsqu'il est survenu une épidémie.

Un autre arrêté porte que lorsqu'un enfant aura été atteint de diphtérie, le médecin inspecteur devra joindre à son certificat, constatant la guérison de l'enfant, une attestation du service bactériologique de la ville de Paris, portant que

l'enfant n'a plus dans la gorge ou la bouche de bacilles de Lœffler.

La rentrée des élèves, lorsqu'ils ont eu une fièvre éruptive, est réglée, quant à sa date, conformément aux prescriptions de l'Académie de médecine.

Ces mesures prophylactiques sont excellentes, elles garantissent l'enfant contre les maladies. surtout contre les maladies épidémiques. Mais, pour être efficaces, elles doivent être mises en pratique par un médecin très soigneux. Je sais qu'à l'école le maître signale au médecin les enfants qui lui paraissent souffrants, qui ont la fièvre, qui sont fatigués ; mais il est des maladies transmissibles qui ne se traduisent chez l'enfant par aucun malaise appréciable, tel est le groupe des teignes, qui font tant de ravages parmi les écoliers. Le médecin est donc obligé de procéder avec un soin extrême à l'examen de ces jeunes élèves.

La loi porte que les écoles doivent être blanchies et lessivées tous les ans et que tous les jours elles doivent être balayées et arrosées.

A Paris, ces prescriptions sont suivies, mais je

crains bien qu'il n'en soit pas de même dans les campagnes. Pour ce qui est du balayage, il est le plus souvent pratiqué à sec par les élèves eux-mêmes, et balaye le mieux celui qui fait le plus gros nuage de poussière. Il serait bon d'imposer le balayage à l'aide d'une serpillère mouillée, ce serait peut-être moins amusant, mais à coup sûr plus hygiénique.

En Allemagne, les médecins scolaires sont astreints à prendre deux fois par mois la taille et le poids des enfants; en France, une commission du Ministère de l'instruction publique élabore un règlement analogue, qui serait mis à exécution dans tous les établissements qui reçoivent des pensionnaires. Les familles seraient ainsi constamment tenues au courant de l'état de santé et du développement de leurs enfants.

Le même règlement supprimera, excepté pour les jeunes enfants, le dortoir commun, il n'est rien de plus contraire à la propreté que le débarbouillage public, on lave ce qui se voit et c'est tout. Je pourrais citer certains internats de jeunes filles où il n'existe aucun local isolé où elles puissent prendre, même à l'époque

cataméniale, les soins de propreté intime les plus strictement nécessaires.

Ce que je voudrais que les enfants apprissent à l'école, c'est le besoin de la propreté complète si je puis dire, et non pas seulement la propreté apparente qui existe souvent seule. Il y a quelques jours, à l'occasion d'une expertise nécessitée par la strangulation d'une fillette de 7 ou 8 ans, nous avons pu nous rendre compte de ce que, dans une certaine classe, on appelle la propreté. La fillette avait des vêtements propres, car elle allait à l'école et on ne l'aurait pas admise sans cela, mais tout son corps était dans un état de malpropreté repoussant, et il est probable que jamais une goutte d'eau ne l'avait touché.

Tel est l'ensemble des mesures dont la surveillance incombe au médecin. Ce qu'il faudrait en outre, ce serait de donner à l'enfant quelques notions sur la façon dont on peut se garer des maladies évitables ; c'est à peu près impossible pour l'enfant de l'école ; c'est difficile, même dans les lycées.

Mais il est une règle qu'il faut à tout prix inculquer dans son esprit, car cette règle contient

en germe presque toutes les autres prescriptions. La *propreté* corporelle, celle des objets qui vous entourent suffisent à écarter presque tous les dangers. C'est son observance qu'il faut exiger des écoliers. Elevés dans la propreté, ils reporteront dans leurs logis, dans les ateliers, une partie des habitudes qu'ils auront prises à l'école. Ce principe n'exige pas d'avoir sur le sujet des connaissances pédagogiques bien élevées, il faut qu'il soit proclamé tous les jours, à toute occasion, et qu'aucune infraction ne soit tolérée.

3. — TRAVAIL DES ENFANTS, DES FILLES MINEURES ET DES FEMMES, DANS LES ÉTABLISSEMENTS INDUSTRIELS. LOI DU 2 NOVEMBRE 1892

Cette loi s'occupe du travail des enfants, des filles mineures et des femmes dans les établissements industriels, elle a abrogé les dispositions de la loi du 19 mai 1874.

Les enfants ne sont plus admis dans les usines, les manufactures, mines, minières et carrières,

chantiers, ateliers et leurs dépendances, même dans les établissements d'enseignement professionnel et de bienfaisance avant treize ans révolus et avant douze ans s'ils ont obtenu le certificat d'études.

Pour les enfants au-dessous de seize ans, les inspecteurs du travail peuvent requérir un examen médical, afin de constater si le travail exigé n'excède pas leurs forces.

Les ouvriers et ouvrières de seize à dix-huit ans ne peuvent être employés à un travail de plus de soixante heures par semaine, sans que le travail journalier puisse excéder onze heures.

Les filles au-dessus de dix-huit ans et les femmes ne peuvent être employées à un travail de plus de onze heures par jour, coupé par des repos dont la durée totale ne peut être inférieure à une heure.

Les enfants de moins de dix-huit ans et les femmes ne peuvent être employés à aucun travail de nuit (de neuf heures du soir à cinq heures du matin).

L'article 15 de cette loi stipule que tout accident ayant occasionné une blessure fera l'objet,

dans les quarante-huit heures, d'une déclaration de la part du patron ; « à cette déclaration sera joint, produit par le patron, un certificat du médecin indiquant l'état du blessé, les suites probables de l'accident et l'époque à laquelle il sera possible d'en connaître le résultat définitif. »

Je reviendrai sur ce point qui intéresse particulièrement les médecins à propos d'une disposition analogue contenue dans la loi sur les accidents du travail.

Cette loi, inspirée par les meilleurs sentiments, est insuffisante à cause des faibles pénalités encourues et parce qu'elle est incomplète, surtout en ce qui concerne le travail de la femme. Le séjour à l'atelier est fâcheux au moment de l'évolution sexuelle et au moment des époques menstruelles.

De plus les femmes enceintes devraient, tous les hygiénistes et les accoucheurs le demandent, bénéficier d'un repos absolu pendant le mois qui précède la délivrance et le mois qui la suit.

4. — EXERCICE DE LA MÉDECINE, LOI DU 30 NOVEMBRE 1892

Je ne reviendrai pas sur la loi sur l'exercice de la médecine, je l'ai étudiée il y a quelques années (1), je me bornerai à rappeler les quelques conquêtes que nous avons faites : suppression de l'officiat de santé, possibilité pour les médecins de former des syndicats et enfin moyens plus efficaces de lutter contre la pratique de l'exercice illégal de la médecine.

La *suppression de l'officiat de santé* ne souleva que peu d'objections au sein du Parlement.

Mais il n'en fut pas de même des syndicats et de l'exercice illégal.

En ce qui concerne la *création des syndicats*, les pouvoirs publics craignaient, au moment où ils élaboraient la loi sur l'assistance médicale gratuite dans les campagnes, de se trouver en présence d'une coalition des syndicats mettant en échec l'action de l'Etat, des départements et des communes. Au Sénat, l'accord se fit en ajoutant à l'article 13 que l'action des syndicats médicaux

(1) P. Brouardel, *l'Exercice de la médecine*.

formés pour la défense des intérêts professionnels ne pourrait atteindre l'Etat, les départements et les communes. Mais l'opposition fut des plus vives ; les médecins, disait-on, ne devaient pas avoir le droit de se syndiquer, car les clients n'auraient pas l'autorité nécessaire pour lutter contre une telle puissance et ce qui semblait donner corps à cet argument, c'est que des pouvoirs tels que l'État, les départements, les communes, qui eux avaient toute l'autorité nécessaire pour engager la lutte, étaient mis par le gouvernement en dehors de l'action des syndicats.

C'est grâce à M. Loubet, qui alors était Président du Conseil, et qui connaissait les besoins du corps médical, que le Sénat vota l'article 13. Il montra que le but des médecins n'était pas de se syndiquer contre les malades, mais de fonder des Sociétés permettant d'établir entre les membres du corps médical des liens de confraternité, d'assistance et de secours dans le malheur, et aussi d'exercer une action plus efficace à l'encontre de ceux qui pratiquent illégalement la médecine. L'article 13 fut voté à une faible majorité et M. Loubet en nous prêtant son appui a rendu

au corps médical tout entier un service dont celui-ci doit lui être reconnaissant.

En ce qui concerne l'*exercice illégal*, les pénalités sont un peu plus élevées que précédemment, les poursuites sont rendues plus faciles, grâce à l'intervention des syndicats.

Cependant, un point était resté obscur et avait donné lieu à des interprétations diverses par les tribunaux : c'était la question des magnétiseurs, Le fait de prétendre guérir par le magnétisme était-il un acte d'exercice illégal de la médecine ? La question des magnétiseurs n'a été qu'effleurée au cours de la discussion de la loi et ce n'était certes pas moi qui voulais l'entamer.

Quand il s'est agi de l'exercice illégal, les sénateurs, qui jusque-là avaient voté un peu à contre cœur les articles proposés, montrèrent quelque hostilité. La discussion se produisait à un moment où l'on parlait beaucoup du magnétisme et le chef d'un groupe important de la gauche du Sénat vint me trouver, car j'étais commissaire du Gouvernement, et me dit que si la loi considérait le magnétisme comme un exercice illégal, le groupe voterait contre. C'était la mort de la loi.

Je montai à la tribune et je donnai quelques explications assez confuses, je l'avoue, par lesquelles je tâchais d'établir que les expériences d'hypnotisme, dites scientifiques par mes contradicteurs, n'étaient pas sans danger, mais n'étaient pas visées par la loi ; que ce qui était visé, c'étaient ces pratiques employées par des ignorants dans le but de guérir.

La jurisprudence sur ce point a été très variable.

Certains tribunaux, ceux de Paris, de Lille condamnèrent, se basant sur ce fait que jusqu'en 1892, la jurisprudence avait toujours considéré les pratiques du magnétisme comme des actes d'exercice illégal de la médecine.

D'autre part, le tribunal du Mans, le tribunal et la Cour d'Angers acquittèrent, considérant que si, sous l'empire de la loi de ventôse an XI, qui ne définissait pas l'exercice de la médecine, ces faits pouvaient être réprimés, il ne saurait en être de même d'après la loi du 30 novembre 1892, qui avait défini, *quoique en termes très vagues*, le dit exercice.

Les magistrats invoquaient un passage du

rapport soumis à la Chambre par M. Chevandier de la Drôme, ils se plaignaient du vague des termes de la loi et ajoutaient qu'au cours des délibérations les discours du commissaire du Gouvernement étaient également fort peu explicites sur ce point. C'est également mon avis, mais j'ai donné les raisons pour lesquelles je n'avais pu être aussi clair et aussi affirmatif que je l'aurais désiré.

Depuis quelques années, la jurisprudence concernant les magnétiseurs est définitivement établie par un arrêt de la Cour de Cassation, qui, conforme à l'esprit de la loi, considère les pratiques magnétiques comme rentrant dans l'exercice illégal (1).

5. — GARANTIE CONTRE LES DANGERS QUE COURENT LES OUVRIERS DANS LES ÉTABLISSEMENTS INDUSTRIELS, LOI DU 12 JUIN 1893.

La loi a pour objet de garantir les ouvriers contre les dangers variés auxquels ils sont exposés dans les établissements industriels.

Dans une première partie, elle s'occupe des

(1) Voy. Brouardel, *Exercice de la médecine*, 1899, p. 534. — *Annales d'hygiène*, 1901, tome XLV, p. 165.

mesures destinées à assurer l'hygiène des travailleurs ; elle prescrit un nettoyage journalier avant l'arrivée des ouvriers ou après leur départ, mais, dans aucun cas, pendant la durée du travail. Dans les ateliers où l'on manipule des matières altérables, les murs et les planchers doivent être imperméables et susceptibles d'être lavés à grande eau. Le cube d'air par ouvrier doit être de 6 mètres cubes au moins. Les ouvriers ne doivent jamais prendre leurs repas dans les locaux affectés au travail. Les ateliers doivent être bien éclairés et les gaz et poussières toxiques ou incommodes doivent être évacués à mesure qu'ils sont produits. Enfin il doit exister un water-closet par cinquante personnes.

La seconde partie de la loi s'occupe de la protection des ouvriers contre les accidents. Elle oblige les industriels à munir les roues et engrenages d'appareils protecteurs, à clôturer les puits et autres ouvertures, etc.

En réalité, le médecin n'intervient pour l'exécution de cette loi, que pour s'assurer que certaines prescriptions indiquées par la loi sont observées.

6. — ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE DANS LES CAMPAGNES. LOI DU 15 JUILLET 1893

Cette loi organise *l'assistance médicale gratuite* dans les campagnes. En principe, l'assistance est communale, mais les modes d'application varient suivant les départements et il serait par suite très difficile et très long d'exposer les différents types adoptés, de discuter leurs avantages et leurs inconvénients.

Les médecins reprochent à cette loi la manière défectueuse dont sont dressées les listes des personnes devant en bénéficier. Nulle part le corps médical n'est appelé à donner son avis, de sorte que les municipalités dressent des listes de nécessiteux beaucoup trop étendues et que nombre de personnes qui pourraient payer sans aucune gêne les soins médicaux, les reçoivent gratuitement.

7. — SOCIÉTÉS DE SECOURS MUTUELS. LOI DU 1er AVRIL 1898

Le but de cette loi est défini par l'article premier ainsi conçu :

« Les sociétés de secours mutuels sont des associations

de prévoyance qui se proposent d'atteindre un ou plusieurs des buts suivants : Assurer à leurs membres participants et à leurs familles des secours en cas de maladie, blessures ou infirmités, leur constituer des pensions de retraite, contracter à leur profit des assurances individuelles ou collectives en cas de vie, de décès ou d'accidents, pourvoir aux frais des funérailles et allouer des secours aux ascendants, aux veufs, veuves ou orphelins des membres participants décédés.

« Elles peuvent en outre, accessoirement, créer au profit de leurs membres des cours professionnels, des offices gratuits de placement et accorder des allocations en cas de chômage, à la condition qu'il soit pourvu à ces trois ordres de dépenses, au moyen de cotisations ou de recettes spéciales. »

Cette loi est certainement bonne pour les travailleurs.

Il est heureux que les personnes peu fortunées puissent se constituer en Sociétés de secours mutuels, c'est une œuvre de solidarité qu'on ne saurait trop encourager. J'ai dit plus haut que la santé des sociétaires en avait tiré grand bénéfice et que, alors que la mortalité annuelle en France est de 22 pour 1000 habitants, celle des mutualistes est de 16.

Le médecin est le pivot de la loi : sans lui, sans son concours, elle est inapplicable. Mais dans certaines localités, elle a porté un préjudice

considérable au médecin par les abus mêmes qu'elle a entraînés. Il existe des villes importantes, où depuis la fondation de Sociétés de ce genre il n'y a plus de malades payant leurs médecins. Tout le monde, à commencer par le maire, les conseillers municipaux, les notaires, fait partie soit à titre de membre fondateur, honoraire, ou sociétaire, de la Société de secours mutuels et tous ont droit aux soins médicaux suivant le tarif accepté.

Le médecin, à moins de quitter le pays, est bien obligé d'être le médecin de cette société et cependant la rémunération est absolument dérisoire, puisque la moyenne de ses visites lui est payée 0 fr. 60 centimes.

L'abus était tellement évident que l'autorité a dû aviser, et le Ministère de l'intérieur ne fait plus profiter des avantages financiers accordés aux mutualités que celles dans lesquelles ces abus ne se sont pas produits ou ont cessé d'exister.

Mais quand la société est régulièrement constituée, la pratique pour le médecin n'est pas exempte d'ennuis. Tous ceux qui sont médecins de sociétés de secours mutuels savent combien sont

difficiles à soigner les malades qui ont *droit*, d'après les statuts, aux soins médicaux ; dès que le débours de quelques francs par an leur donne droit au médecin, celui-ci doit être à toute heure à leur entière disposition, et ils sont continuellement poursuivis par la crainte que le médecin, qu'ils savent ne toucher que des honoraires peu élevés pour les visites faites aux membres de la société, ne les délaisse pour des malades qui payent des honoraires plus élevés.

Actuellement, les mutualités ont plus de trois millions de membres; elles possèdent 142,000,000 en caisse et distribuent 5,000,000 francs, à titre de pensions par an.

Je ne quitterai pas cette question sans dire quelques mots de la situation prospère de notre Société de secours mutuels, l'Association des médecins de France, qui possède un capital de plus de 4,000,000 francs et distribue des pensions pouvant atteindre 1,200 francs.

8. — RESPONSABILITÉ DANS LE CAS D'ACCIDENTS DU TRAVAIL. LOI DU 9 AVRIL 1898

La loi concernant la responsabilité des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail est une loi particulièrement bienfaisante, très supérieure à toutes les lois de protection des ouvriers qui existaient antérieurement. L'article premier est ainsi conçu : « Les accidents survenus par le fait du travail ou à l'occasion du travail aux ouvriers et employés occupés dans l'industrie du bâtiment, les usines, manufactures, chantiers, les entreprises de transports par terre et par eau, de chargements et de déchargements, les magasins publics, mines, minières, carrières et, en outre, dans toute exploitation ou partie d'exploitation dans laquelle sont fabriquées ou mises en œuvre des matières explosives, ou dans laquelle il est fait usage d'une machine mue par une force autre que celle de l'homme ou des animaux, donnent droit, au profit de la victime ou de ses représentants, à une indemnité à la charge du

chef d'entreprise, à la condition que l'interruption de travail ait duré plus de quatre jours.

« Les ouvriers qui travaillent seuls d'ordinaire ne pourront être assujettis à la présente loi, par le fait de la collaboration accidentelle d'un ou de plusieurs de leurs camarades. »

D'après les données fournies par l'Office du Travail, la population de France comprend au point de vue des professions (1) :

Agriculture.	8,430,059	ouvriers
Pêche.	71,605	—
Industrie extractive	226,815	—
Industries de manutention et de transport	5,378,369	—
Commerce, banque, spectacles . .	1.003,817	—
Professions libérales	336,176	—
Domestiques	969,064	—
Fonctionnaires	689,093	—
Professions inconnues	46,708	—
Professions indéterminées. . . .	277,943	—

Soit 15,004,307 personnes pouvant être victimes d'un accident prévu par la loi de 1898.

Avant la loi de 1898, lorsqu'un ouvrier était victime d'un accident, le patron ne pouvait en

(1) *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 3e série, 1901, t. XLV, p. 280.

être rendu responsable que s'il était démontré que l'accident s'était produit par sa faute. Or, cette démonstration ne pouvait être faite, d'après les statistiques, que 12 fois pour 100; dans les autres cas, 18 fois l'accident provenait d'une faute de l'ouvrier lui-même et 70 à 75 fois sur 100, l'accident était dû à la fatalité.

Pour les 12 fois pour 100 où le patron était reconnu responsable, il lui était fait application des articles 1382 et 1383 du Code civil (1). Pendant longtemps, les juges s'en étaient tenus à l'application stricte de ces articles, mais, depuis une trentaine d'années, la jurisprudence s'était étendue et les patrons étaient rendus responsables non seulement quand la preuve de leur faute était évidente, mais simplement s'il y avait un commencement de preuve, par exemple si l'enquête révélait que l'accident provenait du manquement

(1) Code civil, art. 1382. — Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer.

Art. 1383. — Chacun est responsable du dommage qu'il a causé, non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou son imprudence.

à une précaution prise dans une industrie similaire.

L'ouvrier victime de l'accident ne travaillait pas, tant que le procès se poursuivait et tombait dans la misère.

Si la justice est lente, elle est aussi fort onéreuse et pour pouvoir faire valoir son bon droit dans une affaire qui était appelée à durer un an, parfois même deux et trois ans, l'ouvrier, qui ne possédait rien ou à peu près, était obligé de confier ses intérêts à un homme d'affaires, qui, une fois l'indemnité accordée, commençait par se payer *larga manu*; l'ouvrier ne touchait que la moitié ou le tiers de l'indemnité, et comme le tribunal connaissait l'état de misère de l'ouvrier, comme il savait qu'une partie de la somme versée irait à l'homme d'affaires, il avait tendance à augmenter le taux de l'indemnité, pour qu'il en restât davantage à la victime de l'accident.

Avec la nouvelle loi, les indemnités accordées par les tribunaux sont en général moins élevées, mais, disent les patrons, la loi de 1898 oblige à déclarer et à entamer une procédure toujours

coûteuse pour une blessure légère, l'écrasement d'une phalange par exemple, pour laquelle autrefois on se contentait de faire un pansement, et dont la guérison survenait dans l'immense majorité des cas sans complication et parfois même sans que le malade fût obligé de suspendre son travail. Cette objection est exacte, et il faut espérer que lorsque la pratique de la loi sera mieux établie, cet inconvénient disparaîtra.

Le législateur n'a pas compris les maladies professionnelles dans les accidents du travail. Les intoxications chroniques par le plomb, le mercure, l'arsenic, ne sont pas considérées comme accidents du travail ; quelques députés voudraient faire disparaître cette distinction et annexer les maladies professionnelles à la loi sur les accidents ou faire pour elles une loi spéciale (1). Pour moi, je pense qu'on pourrait

(1) D'après la proposition de loi, seraient considérées comme maladies professionnelles les empoisonnements, aigus ou chroniques, résultant de l'emploi des substances suivantes : plomb, mercure, arsenic, cyanogène (ainsi que leurs composés), phosphore, sulfure de carbone, nicotine, benzine, nitrobenzine, aniline, pétrole,

rendre encore ce projet plus compréhensif et y englober certaines maladies telles que la tuberculose, si souvent transmise par le manque d'hygiène des ateliers. Je sais bien qu'on se trouve en présence de grosses difficultés, et je me demande, si nous ne devons pas organiser l'assu-

goudron, essence de térébenthine, vanilline, essences odorantes, acide picrique, esprit de bois, acide sulfureux, acide hypoazoteux, acide azoteux et vapeurs d'acide azotique, acide chlorhydrique, chlore, brome, iode, acide fluorhydrique, acide carbonique, acide sulfhydrique, oxyde de carbone, virus de la variole, du charbon, et de la morve, poussières diverses.

La Chambre des députés, après avoir voté l'urgence, a renvoyé cette proposition de loi à la commission d'assurance et de prévoyance sociales; mais pour que la question arrive à une solution pratique — la commission en question n'ayant pas la compétence technique nécessaire pour établir la liste des maladies professionnelles, — le gouvernement a été invité à instituer une commission extra-parlementaire composée de membres du Parlement, de savants, de représentants des patrons et des ouvriers, chargée de dresser : 1° la liste des maladies professionnelles, c'est-à-dire de celles dont l'exercice continu de la profession est la cause organique exclusive ou essentielle; 2° la liste des professions correspondantes avec, pour chacune d'elles, le coefficient de risque spécial d'invalidité ou de morbidité résultant desdites maladies.

rance contre la maladie, notamment la tuberculose, et compléter ainsi l'action des Sociétés de secours mutuels.

Dans la loi de 1898, les articles 4, 5 et 11 intéressent plus spécialement le médecin. Ils sont ainsi conçus :

Art. 4. — Le chef d'entreprise supporte en outre les *frais médicaux et pharmaceutiques* et les frais funéraires ; les derniers sont évalués à la somme de 100 francs au maximum.

Quant aux frais médicaux et pharmaceutiques, si la victime a fait choix elle-même de son médecin, le chef d'entreprise ne peut être tenu que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix, conformément aux tarifs adoptés dans chaque département pour l'assistance médicale gratuite.

Art. 5. — Les chefs d'entreprise peuvent se décharger pendant les trente, soixante ou quatre-vingt-dix premiers jours à partir de l'accident, de l'obligation de payer aux victimes les *frais de maladie* et l'indemnité temporaire ou une partie seulement de l'indemnité, comme il est spécifié ci-après, s'ils justifient :

1° Qu'ils ont affilié leurs ouvriers à des sociétés de secours mutuels et pris à leur charge une quote-part de la cotisation, qui aurait été déterminée d'un commun accord et en se conformant aux statuts types, approuvés par le ministre compétent, mais qui ne devra pas être inférieure au tiers de cette cotisation.

2° Que ces sociétés assurent à leurs membres en cas de blessure pendant trente, soixante ou quatre-vingt-

dix jours, les soins *médicaux et pharmaceutiques* et une indemnité journalière.

Art. 11. — Tout accident ayant occasionné une incapacité de travail doit être déclaré dans les quarante-huit heures par le chef de l'entreprise ou ses préposés, au maire de la commune, qui en dresse procès-verbal.

Cette déclaration doit contenir les noms et adresses des témoins de l'accident ; il y est joint *un certificat du médecin, indiquant l'état de la victime, les suites probables de l'accident et l'époque à laquelle il sera possible d'en connaître le résultat définitif.*

Je ne dirai rien des deux premiers articles ; le chef d'entreprise supporte les frais médicaux et pharmaceutiques d'après le tarif adopté dans chaque département pour l'assistance médicale gratuite. A Paris, où l'assistance médicale gratuite n'existe pas, le prix des déplacements médicaux a été fixé à cinq francs.

L'article 5 permet aux chefs d'entreprise, suivant certaines conditions, de s'abriter derrière des compagnies d'assurances, qui, en cas d'accidents, se substituent à lui.

Je m'étendrai plus longuement sur l'article 11 qui exige le certificat médical, car le certificat est une pièce trop souvent donnée sans une précision suffisante et bien des médecins ont

vu, sans que leur bonne foi pût être suspectée, leur responsabilité sérieusement engagée.

1° Certificat médical.

L'article 11 est très impératif; il exige la déclaration de l'accident dans les 48 heures et demande qu'il soit joint à la déclaration un certificat du médecin. Ce délai était trop court; à Paris, où l'on a le médecin sous la main il est peut-être suffisant, mais à la campagne, dans les communes où il n'y a pas de médecin, le patron pouvait se trouver dans l'impossibilité d'obéir à la loi. J'ajoute que d'après la jurisprudence les dimanches et jours fériés n'ont aucun caractère suspensif.

Aussi l'article 11 de la loi du 9 avril 1898 a été modifié par la loi du 22 mars 1902 (1) et, en

(1) *Art.* 11. Tout accident ayant occasionné une incapacité de travail doit être déclaré dans les quarante-huit heures, non compris les dimanches et jours fériés, par le chef d'entreprise ou ses préposés, au maire de la commune qui en dresse procès-verbal et en délivre immédiatement récépissé.

La déclaration et le procès-verbal doivent indiquer, dans la forme réglée par décret, les nom, qualité et

vertu du décret du 23 mars 1902, le patron doit déposer à la mairie, dans les quatre jours qui suivent l'accident, le certificat médical. Les raisons qui ont amené le législateur à augmenter le délai pour le dépôt du certificat médical sont les suivantes : « Le législateur, dit la circulaire ministérielle, a voulu dispenser le chef d'entreprise de cette formalité assez coûteuse pour les

adresse du chef d'entreprise, le lieu précis, l'heure et la nature de l'accident, les circonstances dans lesquelles il s'est produit, la nature des blessures, les noms et adresses des témoins.

Dans les quatre jours qui suivent l'accident, si la victime n'a pas repris son travail, le chef d'entreprise doit déposer à la mairie, qui lui en délivre immédiatement récépissé, un certificat de médecin indiquant l'état de la victime, les suites probables de l'accident, et l'époque à laquelle il sera possible d'en connaître le résultat définitif.

La déclaration d'accident pourra être faite dans les mêmes conditions par la victime ou ses représentants jusqu'à l'expiration de l'année qui suit l'accident.

Avis de l'accident, dans les formes réglées par décret, est donné immédiatement par le maire à l'inspecteur départemental du travail ou à l'ingénieur ordinaire des mines chargé de la surveillance de l'entreprise.

L'article 15 de la loi du 2 novembre 1892 et l'article 11 de la loi du 12 juin 1893 cessent d'être applicables dans les cas visés par la présente loi.

menus accidents qui le plus souvent ne nécessitent pas l'appel d'un médecin et, en tout cas, d'après le texte actuel de la loi, ne donnent à la victime aucun droit à l'indemnité (1). »

On nous demande dans notre certificat d'indiquer l'état de la victime et les *suites probables* de l'accident. Le jour où nos législateurs ont voté cet article de la loi, ils ont témoigné d'une confiance très flatteuse en notre science, malheureusement nous sommes bien obligés de reconnaître notre insuffisance. Nous savons bien le temps moyen que mettent les fractures à se consolider, si la fracture intéresse une articulation, nous savons que la consolidation sera accompagnée de certaines complications, mais même pour ces lésions il est impossible, au moment où l'accident vient de se produire, de donner autre chose qu'une approximation assez vague. Il y a quelque temps, le Ministre du commerce se plaignait à l'Assistance publique de ce que les chirurgiens, qui rédigent les certificats dans les hôpitaux, n'indiquaient pas assez nettement l'avenir

(1) Voir *Bulletin des lois usuelles*, publié par Roy, avril 1902, p. 400.

du malade. Comme membre du Conseil de surveillance, j'ai été chargé de faire le rapport et j'ai conclu en montrant l'impossibilité pour le médecin d'établir un pronostic à longue échéance.

Le médecin appelé à intervenir, lors d'un accident du travail, agit soit en donnant le certificat exigé par la loi, soit en traitant le malade en qualité de médecin choisi par le malade ou comme médecin d'une compagnie d'assurances.

Le médecin qui donne le certificat est en réalité un expert, et c'est une véritable expertise qu'il devra faire pour répondre à l'esprit de la loi. Dans cette pièce dont le témoignage fera foi en justice, il devra faire une description minutieuse de toutes les lésions, même de celles qui pourraient lui sembler les plus insignifiantes, et au point de vue du pronostic, je lui recommande une extrême prudence.

Il y a quelques mois, j'ai eu à pratiquer à la Morgue l'autopsie d'un ouvrier mort à la suite d'un accident de travail. Le patron, qui était absolument de bonne foi, était poursuivi pour n'avoir pas rempli les formalités de déclaration pres-

crites par la loi. Cet ouvrier forgeron avait par maladresse laissé échapper une barre de fer qu'il devait soutenir, son pantalon avait été déchiré et il s'était fait une légère érosion à la face antérieure de la jambe. Ni ses camarades, ni lui-même ne prêtèrent la moindre attention à cette blessure légère, le patron n'en fut pas averti. Le blessé alla déjeuner, revint l'après-midi à son travail ; le soir, il fut pris de fatigue, il dut se coucher. Quarante-huit heures plus tard, il était mort. A l'autopsie, nous avons trouvé une infection purulente généralisée, et la lésion provocatrice, l'accident du travail consistait en une éraillure aussi insignifiante que celle que fait la griffe d'un chat.

Le patron qui avait appris en même temps la maladie et la mort de son ouvrier, qui n'avait pas eu connaissance de l'accident, fut néanmoins poursuivi. Il n'y avait pas eu de certificat médical, mais il est certain que l'examen pratiqué au moment de l'accident n'aurait pas eu comme conclusion un pronostic grave.

Donc, quelle que soit la lésion, il faut en décrire avec soin l'étendue, la profondeur, et ré-

servant le pronostic il faut établir le certificat avec autant de détails et de soin que si l'on redoutait dans tous les cas une terminaison fatale.

Si on vient demander au médecin un certificat pour un ouvrier qu'il ne connaît pas, rien n'est plus simple ; il examine le malade et rédige la pièce qui lui est demandée, mais, et c'est un cas qui peut se présenter souvent dans les campagnes, il n'en va pas de même quand le médecin qui établit le certificat est en même temps médecin traitant. D'après la loi, le médecin qui examine le blessé doit indiquer la durée probable de la maladie, et les suites qu'elle peut entraîner, or il peut arriver qu'ayant antérieurement traité le malade, le médecin le connaisse comme un alcoolique, un syphilitique, circonstances à cause desquelles il faudra pour la guérison un temps supérieur à celui normalement nécessaire. Dans ce cas, le médecin se trouve placé dans une position difficile, car il doit observer les règles du secret médical, sous peine de voir sa responsabilité engagée en vertu de l'article 378 du Code pénal.

L'ouvrier blessé conserve le droit absolu de réclamer les soins du médecin de son choix, cela est admis, mais a-t-il le droit de refuser une intervention chirurgicale ?

En Allemagne, il a été jugé que l'ouvrier a le droit de refuser toute intervention qui lui semble dangereuse pour sa vie, et que dans ce cas, même si l'infirmité avait pu être diminuée par l'opération requise, c'est le patron qui doit supporter les conséquences du refus de l'ouvrier.

En France, en présence d'un refus formel de l'ouvrier de subir une opération reconnue nécessaire, la responsabilité du patron serait probablement diminuée ; cette doctrine me semblerait beaucoup plus équitable que celle soutenue par les juristes allemands.

Lorsque comme expert, le médecin est appelé à examiner un blessé, il n'a pas le droit d'employer un anesthésique afin de reconnaître l'étendue et même la réalité d'une lésion. C'est une question qui a été jugée par le Conseil de Préfecture de la Seine en 1889.

Un ouvrier charpentier avait été blessé par la chute d'une pierre tombée de l'église Saint-Eus-

tache et avait formé devant le Conseil de Préfecture une demande en dommages-intérêts contre la ville de Paris et la fabrique de l'église. L'ouvrier avait la clavicule brisée et prétendait que cette blessure avait entraîné une paralysie du bras. Les experts pour se mettre en garde contre toute supercherie émirent l'intention de recourir à l'anesthésie, mais l'ouvrier ne voulut pas s'y soumettre sous le prétexte que les experts ne pouvaient lui assurer que l'anesthésie n'aurait aucune conséquence fâcheuse pour sa santé.

Le Conseil de Préfecture, saisi de cette question, donna raison à l'ouvrier.

Si le blessé consent à une intervention, il devra en avertir le médecin par écrit.

Voici un exemple :

Dans une forge, un ouvrier tenait enserrée dans une pince une barre de fer chauffée au rouge, sur laquelle venait frapper un pilon; soit maladresse, soit inattention, un coup de pilon porta à faux, la tenaille dérapa et l'une des branches vint frapper l'ouvrier au niveau de l'arcade zygomatique. Le blessé fut transporté dans le service de M. Tuffier. La fracture guérie, le malade

continua à ne pouvoir que difficilement ouvrir la bouche et le chirurgien constata une ossification du masseter qui fut opérée.

Un an plus tard, je vois ce malade, en qualité d'expert ; il ne pouvait pas ouvrir la bouche, et ignorant au juste quelle intervention M. Tuffier avait faite, je le priai d'examiner le malade avec moi. Nous hésitions entre une récidive de l'ossification massétérine ou une contracture. Le seul moyen d'éclairer le diagnostic était l'anesthésie, au cours de laquelle toute espèce de contracture cesse. Le malade était consentant. Cependant, afin de mettre notre responsabilité à couvert, je demandai au malade d'écrire à M. Tuffier une lettre, dans laquelle il lui demandrait d'être anesthésié dans le but de rechercher la nature exacte de la contracture et de joindre à cette lettre une note dans laquelle les avoués, celui de l'ouvrier et celui du patron, déclareraient ne pas s'opposer à cette intervention.

Dans son certificat, le médecin indiquera son diagnostic, l'état de la victime, les suites probables de l'accident et l'époque à laquelle il sera possible de connaître le résultat définitif.

Lorsque le législateur a demandé au médecin qui délivre le certificat d'indiquer sur cette pièce l'avenir réservé au blessé, il a pensé qu'il était intéressant de savoir dès le premier jour si l'infirmité contractée par l'ouvrier serait temporaire, absolue ou permanente. Par exemple un panaris survenant à la suite d'une piqûre septique occasionne une impotence fonctionnelle absolue pendant tout le temps qu'il existe. Si les suites sont normales, le doigt retrouve son intégrité complète, l'infirmité a été temporaire. Mais surviennent des complications, inflammation des gaines tendineuses, envahissement des articulations par le processus inflammatoire, le doigt reste rigide et l'infirmité est devenue permanente. C'est pourquoi il est nécessaire : pour le médecin, de faire une description minutieuse de la blessure et d'être toujours réservé dans son pronostic ; pour le patron, de faire la déclaration dans les formes prescrites par la loi, quelque insignifiante que soit la blessure, même si l'incapacité de travail doit être très limitée.

Enfin, pour ne pas engager sa responsabilité, je recommande au médecin de ne jamais délivrer

de certificat en dehors de la présence et sans le consentement des parties, ainsi que l'a établi un arrêt de la Cour de Cassation du 1er mai 1899, pour une affaire étrangère d'ailleurs à la loi sur les accidents du travail. Cette jurisprudence a été adoptée par le tribunal de Fougères (8 novembre 1899) et par le tribunal de Laval, à propos de la loi de 1898.

Un dernier mot sur le certificat. Il doit être rédigé sur papier libre et il est payé au médecin au prix stipulé par l'assistance médicale gratuite du département. A Paris, où l'assistance médicale gratuite n'existe pas, le tarif a été fixé à cinq francs. En vertu de l'article 6 de la loi de 1892, sur l'exercice de la médecine, le certificat délivré à l'hôpital, mais à l'hôpital seulement, peut être fourni par l'interne en médecine remplaçant le chef de service.

2° Désignation d'un médecin par le juge de paix.

La loi n'a pas prévu le cas dans lequel le chef d'entreprise serait mis dans l'impossibilité d'effectuer la déclaration de l'accident, suivant les

formalités requises, faute d'avoir pu obtenir le certificat médical, cependant le médecin voisin du théâtre de l'accident peut être empêché ou, ainsi qu'il en a le droit, refuser de visiter le malade blessé. Le Comité consultatif des assurances contre les accidents a émis sur ce point l'avis suivant : « En cas de refus du certificat médical par les médecins voisins du théâtre de l'accident, le chef d'entreprise, astreint à la déclaration prévue par l'article 11 de la loi du 9 avril 1898, doit demander au juge de paix désignation d'un médecin par justice pour l'établissement du certificat légal, par analogie avec les dispositions du 3e alinéa de l'article 13 de la loi sus-visée et par application de l'article 23 de la loi du 30 novembre 1892. »

Le médecin ainsi requis par le juge de paix est un expert et ne peut refuser (art. 23 de la loi du 30 nov. 1892), de se rendre à la réquisition de l'autorité judiciaire. Les démarches qu'aura dû faire le patron, le temps qu'aura demandé la nomination du médecin expert ne permettaient plus le dépôt de la déclaration de l'accident dans les quarante-huit heures réglementaires et le

patron pouvait être poursuivi en vertu de l'article 11. Dans ce cas, le patron pouvait peut-être se retourner contre le médecin qui avait refusé de rédiger le certificat et le mettre en cause.

Ces difficultés justifient amplement la modification introduite par la loi du 22 mars 1902 : délai de 48 heures transformé en délai de quatre jours.

Lorsque le juge de paix ne trouve pas le certificat médical suffisant, il peut, en vertu du paragraphe 3 de l'article 13, nommer un expert qui fournira un rapport dont les conclusions pourront être absolument différentes ou même contredire celles du premier certificat médical. Ces contradictions souvent plus apparentes que réelles ne sont pas sans causer un profond étonnement aux magistrats ; elles n'ont cependant rien que de normal. La nomination du médecin par le juge de paix demande quelques jours et, surtout s'il s'agit de lésions peu graves, d'éraillures, l'aspect extérieur, la dimension, la profondeur et même le pronostic de ces blessures auront pu notablement changer entre les visites des deux médecins. Les examens sont contradictoires, parce qu'ils n'ont pas été faits en un même temps.

3° Médecins des compagnies d'assurances.

Au début, certains médecins traitants avaient voulu interdire au médecin du patron ou de la compagnie d'assurances l'accès auprès du blessé. Ces médecins avaient tort et du reste cette question avait été jugée dès 1885, dans les conditions suivantes :

En 1884, avant que ne fût votée la loi sur les syndicats, les médecins du Havre voulurent en fonder un ; ils établirent un tarif de visites de jour et de nuit, et décidèrent que le prix des visites pour les compagnies d'assurances, fort nombreuses dans la ville, serait de vingt francs. Les compagnies, trouvant le prix trop élevé, firent venir un médecin retraité de la marine, qui accepta de faire toutes les visites des compagnies d'assurances au prix de dix francs la visite.

Peu après, un ouvrier blessé et assuré fut transporté à l'hôpital. La compagnie envoya son médecin, auquel on refusa l'entrée des salles. La compagnie d'assurances me demanda mon avis et je répondis dans le sens suivant : Un malade

quelconque soigné à l'hôpital a le droit de faire dans son intérêt ce qu'il ferait s'il était soigné à son domicile.

Le médecin traitant doit autoriser la visite du médecin de la compagnie d'assurances, parce qu'il peut être de l'intérêt du blessé que la visite ou les constatations soient faites dans le plus bref délai. Seul le blessé a le droit de refuser la visite, mais le médecin traitant ne doit, dans aucun cas, substituer son appréciation à celle du malade et se faire juge s'il sera utile ou nuisible que les constatations soient faites par la compagnie. Agir ainsi, serait mettre les malades peu fortunés, qui sont obligés de se faire soigner à l'hôpital, en état d'infériorité, en leur refusant les moyens de défendre leurs intérêts aussi facilement qu'ils eussent pu le faire, si leur fortune leur avait permis de se faire soigner à domicile (1).

Enfin, il est évident que si le médecin traitant interdit la visite d'un malade à un médecin de

(1) Brouardel, *Rapports entre les médecins des compagnies d'assurances et des médecins traitants* (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 3e série, 1885, t. XII, p. 443).

compagnies d'assurances, il commet un acte qui peut devenir très compromettant pour lui-même, car si de par cette interdiction le blessé se croit lésé dans ses intérêts, parce que certaines constatations, possibles au début, n'ont pu être faites et ont entraîné un jugement défavorable à son égard, il pourra se retourner contre le médecin traitant, qu'il accusera de lui avoir causé un préjudice.

A l'hôpital, le médecin de la compagnie d'assurances a le droit de venir voir le malade et de l'interroger, mais il ne doit pas toucher au pansement. S'il désire voir la blessure, il lui sera facile de demander soit au chef de service, soit à l'interne le jour et l'heure du pansement, auquel on ne saurait lui refuser d'assister. Si le malade est soigné à domicile et que le médecin traitant fasse quelque opposition à la visite du médecin de la compagnie d'assurances, celui-ci demandera une autorisation de visite au juge de paix.

Il est incontestable qu'il existe en ce moment entre les médecins des compagnies et les médecins traitants une situation un peu tendue ; le médecin traitant est le médecin *Tant pis*, celui de

la compagnie, le médecin *Tant mieux*. Les certificats fournis par les médecins traitants sont beaucoup trop favorables aux blessés, disent les compagnies et même l'une d'elles s'est laissée entraîner jusqu'à prétendre que le médecin traitant fournit volontiers des certificats de complaisance. C'est là une affirmation qui ne saurait atteindre le corps médical, mais ce qui est exact, c'est que le médecin traitant donnera, et c'est fatal, son certificat au mieux des intérêts de son client qu'il traite comme il voudrait être lui-même traité en pareille circonstance. Au contraire les médecins des compagnies d'assurances voient avec trop de facilité dans tous les malades des simulateurs.

Le seul remède à ces tendances opposées, à ces certificats contradictoires, serait que les deux médecins prissent rendez-vous auprès du blessé pour le visiter ensemble, afin d'examiner et discuter au même moment la valeur des lésions observées. Je puis vous citer un exemple :

Un homme tenait un cheval en main, l'animal a peur, lance une ruade et le conducteur a le tibia légèrement froissé, on le porte à l'hôpital, où un certificat est fourni par l'interne, constatant la

lésion du membre inférieur. Le malade rentre chez lui, son état s'aggrave; son médecin traitant diagnostique une pleurésie purulente et lui donne un certificat constatant cette maladie. Peu après, il fait le diagnostic de gangrène pulmonaire; nouveau certificat, constatant cette nouvelle maladie. Ces deux certificats ne portent nulle mention de la lésion du tibia. Arrive le médecin de la compagnie d'assurances, qui note dans son certificat l'existence d'une plaie de la face antérieure de la jambe, mesurant dix centimètres et diagnostique des lésions tuberculeuses avancées des poumons.

Le malade meurt et son autopsie est pratiquée à la Morgue. On constate que le tibia avait été atteint par le traumatisme, mais du côté pulmonaire on ne trouve ni pleurésie purulente, ni gangrène, ni phtisie. L'affaire vient devant les tribunaux et la compagnie fournit une consultation dans laquelle était critiquée l'autopsie pratiquée à la Morgue, et le rapport dans lequel on n'avait pas spécifié assez clairement les lésions pulmonaires. Mais si, dans le rapport d'autopsie, on n'a noté aucune lésion sérieuse, c'est qu'il n'en exis-

tait en réalité aucune ; la pleurésie purulente, la gangrène, la phtisie laissent des traces évidentes, qui n'auraient pu passer inaperçues, même si le poumon avait déjà subi les atteintes de la putréfaction. L'histoire rétrospective de ce malade était du reste assez facile à rétablir. Il y avait eu plaie de la face antérieure de la jambe avec froissement de l'os ; infection secondaire et production de pneumonie lobulaire, ayant pu en imposer aux médecins traitants et à celui de la compagnie pour les maladies dont ils avaient certifié l'existence.

Vous voyez que, dans ce cas, les médecins, par des examens pratiqués à des époques diverses et par une interprétation différente des signes stéthoscopiques, étaient arrivés à fournir des certificats entraînant devant les tribunaux des discussions médicales qui sont loin de rehausser le prestige de notre art. Les questions soulevées dans la pratique par la délivrance de ces certificats ont provoqué de nombreuses difficultés ; j'en indique seulement quelques-unes (1).

(1) Syndicat des médecins de Paris, séance du 5 juin 1902.

Un ouvrier atteint d'accident du travail se rend, comme la loi lui en donne le droit, auprès d'un médecin quelconque, n'ayant aucun contrat avec la compagnie assurante du patron, celui-ci a t-il le droit de refuser le certificat d'accident délivré par ce médecin et d'exiger que l'ouvrier se rende auprès du médecin de la compagnie d'assurance pour retirer ce certificat ?

Le Président, M. le Dr Philippeau, a répondu et j'estime qu'il a eu raison, que la circulaire ministérielle du 23 mars 1902 dit : « Les chefs d'entreprise ne doivent pas perdre de vue qu'ils sont responsables de la régularité des certificats médicaux exigibles à l'appui de leurs déclarations et qu'ils n'échappent pas aux prescriptions du troisième alinéa de l'art. 11.

« J'ajoute que rien ne saurait décharger le chef d'entreprise de la production du certificat médical régulier et qu'au cas exceptionnel où il ne pourrait l'obtenir du médecin de son choix, il aurait à s'adresser à la justice pour se mettre en règle avec la loi. »

Le patron peut donc refuser un certificat qu'il jugerait insuffisant ou non conforme aux pres-

criptions de la loi ; mais il ne peut, dans aucun cas, lui ou la compagnie d'assurances, obliger l'ouvrier à se rendre près du médecin de l'assurance ou d'un autre médecin, il doit s'adresser à la justice pour obtenir la désignation d'un autre médecin.

La loi du 9 avril 1898 ne parle pas d'un certificat destiné à la compagnie, par conséquent le médecin traitant n'a pas à en établir.

Il reste entendu que l'ouvrier a légalement la possibilité de faire la déclaration d'accident (art. 11, quatrième alinéa), il peut y joindre le certificat de son médecin et récépissé du tout lui sera délivré par le maire.

4° Honoraires du médecin traitant.

Le prix des visites est calculé d'après le tarif de l'Assistance médicale gratuite dans les départements.

Mais qui doit payer les honoraires du médecin si le malade est soigné à l'hôpital ?

L'ouvrier qui est soigné à l'hôpital ne doit pas être considéré comme un nécessiteux, et le

patron ou la compagnie d'assurances ne saurait éluder en partie sa responsabilité pécuniaire en envoyant son ouvrier blessé à l'hôpital, comptant diminuer ainsi les charges qui lui incombent légalement.

Les médecins d'hôpitaux ont pensé avec raison qu'ils devaient adresser leur note d'honoraires aux patrons. Ceux-ci ont refusé de payer et des affaires de cette nature sont venues devant divers tribunaux.

Les uns, tel le tribunal de Clermont-Ferrand, ont admis que le traitement fixe du médecin d'hôpital, généralement dérisoire, eu égard aux services rendus, ne valait que pour les soins donnés aux nécessiteux, que le médecin ne touche rien de la somme réglementaire qui est versée par les malades payants et qu'il est par conséquent en droit de réclamer des honoraires.

Au contraire, le tribunal de Douai a donné tort au médecin.

La question est donc en suspens et il est regrettable que la loi de 1898 n'ait pas réglé cette situation qui se présente journellement.

Dans le but de se soustraire à toutes ces diffi-

cultés, les compagnies d'assurances ont eu l'idée de fonder un hôpital à elles, où elles traiteraient elles-mêmes leurs assurés. On m'a demandé mon avis sur la création d'établissements de ce genre : j'ai répondu que selon moi, là n'était pas la solution du problème ; qu'il était injuste et probablement illégal de forcer l'ouvrier blessé à se faire soigner, dans un endroit donné, par des médecins en qui les blessés pourraient ne pas avoir confiance et que d'autre part ces hôpitaux entretenus par la compagnie, où forcément les malades ne seraient gardés que le minimum du temps nécessaire à la guérison, auraient mauvaise réputation parmi ceux que leur état obligerait à y recevoir des soins.

5° Appel en conciliation.

Si l'accident donne lieu à des suites judiciaires, les parties sont appelées devant le juge qui cherche à les concilier.

En Allemagne, les tentatives de conciliation ont presque toujours un résultat favorable.

Il n'en est pas de même en France. La rai-

son est qu'en Allemagne où la loi sur les accidents fonctionne depuis plus longtemps, les tribunaux règlent les indemnités suivant des bases à peu près fixes. Il existe des tables d'indemnité ; telle infirmité, quelle que soit la juridiction devant laquelle l'affaire sera appelée, est soldée par la même somme, de sorte que l'ouvrier aussi bien que la compagnie ou le patron, connaissant le montant approximatif de l'indemnité, ont tout intérêt à ne pas faire les frais d'un procès.

En France, la Commission du travail n'a pas établi de tableau d'indemnité, voulant laisser aux tribunaux une latitude plus grande dans l'appréciation du dommage causé. C'est, je crois, un tort.

La diversité des jugements rendus par les tribunaux, dans des cas en apparence semblables autorise tous les espoirs de la part des compagnies et des ouvriers blessés. La conciliation est presque impossible. Les magistrats l'ont compris et ont demandé que en s'inspirant des tables allemandes, autrichiennes et italiennes, un expert dressât des tables analogues (1), elles ne seront

(1) Georges Brouardel, *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 3e série, t. XLVII, 1902, p. 520.

pas impératives, elles serviront d'indication. Peu à peu la jurisprudence s'unifiera et au moment où les parties seront appelées en conciliation, l'entente sera possible.

Cette opinion est partagée par M. Duchauffour, juge au Tribunal de la Seine, et ce qui donne à son avis une autorité toute spéciale, c'est que ce magistrat a été chargé en 1901 de tenir les audiences de conciliation en matière d'accidents du travail au Tribunal de première instance de la Seine.

M. Duchauffour dit (1) :

« La principale difficulté d'application que présente la loi, c'est l'estimation de la réduction du salaire résultant de l'accident dont l'ouvrier a été victime.

« Comment apprécier la valeur d'un œil, d'un bras, d'une jambe, d'un doigt de telle ou telle main? Comment estimer l'importance fonctionnelle, plus ou moins accentuée, résultant d'une

(1) Duchauffour, *Les accidents du travail; évaluation des invalidités permanentes d'après les conciliations intervenues au tribunal civil de la Seine* (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, t. XLVIII, 1902, p. 314).

fracture plus ou moins bien réduite, laissant subsister un certain degré de raideur articulaire ou d'atrophie musculaire, qu'un médecin déclare incurable, qu'un autre médecin promet d'atténuer ou de guérir par un traitement approprié.

« Entre l'ouvrier blessé qui peut avoir les prétentions les plus exagérées et le patron ou son assureur, qui, parfois, n'offre rien, ou fait des offres évidemment insuffisantes, le juge conciliateur doit pouvoir émettre un avis, indiquer à l'ouvrier que ses prétentions sont inadmissibles, à l'assureur que ses offres sont sûrement inférieures à ce que le tribunal accorderait.

« Pour émettre un tel avis, il faut une base d'appréciation.

« Bien que les estimations soient nécessairement arbitraires, la jurisprudence n'a pas tardé, en Allemagne, depuis la loi du 6 juillet 1884, et, en Autriche, depuis la loi du 28 décembre 1887, à établir pour les principales lésions un maximum et un minimun d'invalidité. M. le Dr Georges Brouardel, dans une intéressante étude, a résumé cette jurisprudence en y ajoutant ses propres observations. En Italie, l'article 73 du

décret du 25 septembre 1898 a fixé, pour les principales invalidités, un tarif obligatoire, nos tribunaux peuvent s'inspirer aussi de ce document.

« Il n'en est pas moins vrai qu'un tarif absolu est impossible à établir. Pour des lésions identiques en apparence, il est juste de tenir compte de la profession et de l'âge du blessé. D'autre part, il est rare qu'un membre soit tout à fait perdu : le plus souvent les membres sont conservés, mais leurs mouvements sont limités. »

M. Duchauffour a noté les accords passés devant lui et a donné des tableaux très intéressants dans lesquels il a consigné le résultat des conciliations pendant douze mois (1901-1902).

Je crois que tout ce qui sera fait pour arriver à une entente rapide rentrera dans les intentions du législateur et bénéficiera au blessé. D'abord elle lui épargnera les frais d'un procès, puis une autre raison intervient, qui a selon moi une gravité particulière.

Je prends un exemple :

Un charpentier est blessé peu gravement en octobre 1899. L'affaire vient en 1900 devant le tri-

bunal de première instance, en appel en 1901 ; la cour, frappée des contradictions relevées entre les certificats délivrés dans cette longue période de temps, me commet comme expert. Je vois le blessé en 1902. Il n'était plus difficile d'établir la réalité des faits. Cet homme, comme beaucoup de ses compagnons, buvait alors qu'il travaillait, un ou plusieurs apéritifs. Mis au repos, il continua, peut-être même il exagéra la consommation journalière. Pendant 18 mois, il était légitime de se demander si son accident n'avait pas eu pour suite un état de neurasthénie traumatique; en 1902, le doute n'était plus possible, il eut devant moi une attaque d'épilepsie absinthique typique. Les désordres imputables à l'accident d'octobre 1899 étaient guéris depuis de longs mois, mais son désœuvrement, pendant la longue durée du procès, l'avait presque fatalement condamné à des habitudes qui lui ont créé une incapacité absolue et définitive d'exercer sa profession de charpentier. Il n'accepte pas, ai-je besoin de le dire, cette explication, il rapporte toutes ses souffrances à l'accident et a voué une haine implacable à ceux qui n'interprètent pas les faits comme lui-même.

Mais même en admettant que l'ouvrier ne devienne pas alcoolique il est certain que pendant toute la durée du procès le blessé s'abstiendra de travailler et se soignera mal. M. Duchauffour estime que l'ouvrier a tout à gagner à une entente avec le patron ou la compagnie d'assurances. « En considérant comme définitif en conciliation, un certain degré d'invalidité, l'ouvrier touche un capital, il accepte alors les occupations qu'il peut trouver et perd la préoccupation du procès à soutenir. Par l'exercice du membre, la raideur peut s'atténuer ; en cas de perte d'un doigt ou d'une phalange, l'exercice amène une accommodation que l'ouvrier n'aurait pas pu prévoir au début. Les médecins, ajoute M. Duchauffour, l'ont souvent remarqué, le règlement du sinistre est un merveilleux traitement (1) ».

Pour toutes ces raisons je fais des vœux pour que le législateur, les tribunaux, hâtent de tout leur pouvoir le moment où intervient une solution définitive.

(1) Duchauffour, loc. cit.

6• Poursuites devant les tribunaux.

Si l'appel en conciliation a échoué, l'affaire entre dans la phase judiciaire et un expert est nommé par le tribunal. En vertu d'une modification apportée à la loi du 9 avril 1898 par une loi du 22 mars 1902, toutes les fois qu'une expertise médicale est ordonnée soit par le juge de paix, soit par le Tribunal ou par la Cour d'appel, l'expert ne pourra être le médecin qui a soigné le blessé, ni un médecin attaché à l'entreprise ou à la société d'assurances à laquelle le chef d'entreprise est affilié, ce qui est juste, car il ne faut pas que l'expert puisse avoir intérêt à favoriser, même inconsciemment, l'une des parties.

Comme expert, le médecin doit prêter serment; si les parties sont majeures, il peut demander aux avoués d'en être dispensé par les parties, mais si des mineurs sont intéressés dans l'affaire, il est obligé de prêter serment devant le tribunal. Cette formalité remplie, le médecin réunit dans son cabinet les avoués qui lui présentent les certificats du médecin traitant

et du médecin de la compagnie. Dans certains cas ces confrères doivent être appelés, afin d'obtenir les éclaircissements indispensables à la marche normale de l'expertise.

On présente au médecin les certificats que je conseille de lire à haute voix, avec le plus grand soin et, s'ils présentent des contradictions, il faut commencer par examiner leur date. Quelques jours en effet suffisent à changer l'aspect d'une blessure.

A. — Simulation

La simulation vraie, celle d'une blessure ou d'une lésion qui n'existe pas, est assez rare, et quand elle se produit, il n'est pas très difficile de la dépister.

Ce qui est la règle, c'est l'exagération de la douleur ou des infirmités qui existent en réalité. Lasègue disait très justement : « On ne simule bien que ce que l'on a. » Le mobile de cette exagération est facile à comprendre.

Mais l'expert ne doit pas se contenter de la

noter, il peut se trouver en présence d'une exagération faite avec une bonne foi parfaite. Dans la pratique courante, en dehors de tout intérêt pécuniaire, le médecin soigne parfois un malade qui exagère ses souffrances vis-à-vis de son entourage ou vis-à-vis du médecin. Il se les exagère vis-à-vis de lui-même, leur attribue une importance qu'elles n'ont pas. Cet état d'esprit est indépendant de toute idée de simulation.

D'autre part, le malade rapporte tous les phénomènes morbides dont il souffre à l'accident dont il a été victime : *Post hoc, ergo propter hoc.*

Un commis des postes fut blessé lors d'un accident de chemin de fer. Il eut une entorse d'un genou et diverses contusions ; le blessé resta en traitement pendant trois mois, puis il fit une saison à Bourbonne. Il était guéri et reprit son service. Par malheur, ce jour même, il fut victime d'un nouveau tamponnement et eut quelques contusions peu graves. Quelque temps plus tard, cet homme, âgé de 55 ans, fut atteint d'une fistule à l'anus pour laquelle il fut opéré à l'hôpital de la Pitié, il eut également des troubles dus à une affection de la prostate, des douleurs articu-

laires et un certain affaiblissement de la vue. De très bonne foi cet homme attribuait au second accident les troubles survenus dans sa santé.

C'est à l'expert qu'il appartient de discerner les lésions dues à l'accident, à la constitution et à l'âge du blessé.

Voici un autre exemple :

Une femme était dans une voiture dont le cheval s'emporta ; elle fut projetée hors du véhicule, mais n'eut que des contusions sans gravité. Peu après, son mari mourut à l'hôpital Beaujon et elle se retira auprès d'une de ses amies habitant Nogent. Le procès suivit son cours devant la juridiction civile. Deux années plus tard, cette femme, au moment de l'expertise, se plaignait de souffrir depuis son accident de troubles gastro-intestinaux ; ses mains, disait-elle, tremblaient et la nuit elle avait des hallucinations. Il nous fut facile de démontrer que ce tremblement et ces hallucinations ne résultaient pas de l'accident, mais bien des boissons alcooliques absorbées par la malade, dans le but de calmer ses douleurs physiques et morales.

Dans ces deux cas, il n'y avait certainement

pas simulation dans le sens exact du mot, ces malades ressentaient bien les douleurs dont ils se plaignaient, mais les exagéraient et surtout, de bonne foi, les rapportaient à tort à leur accident.

B. — Blessures entretenues

Beaucoup de blessés ne se soignent pas ou se soignent mal, plutôt par apathie que dans le but de continuer pendant le plus longtemps possible à recevoir sans travailler la moitié de leur salaire habituel.

Comme expert, le médecin doit exposer dans son rapport le résultat de son examen, les allégations du blessé et indiquer si, à son avis, l'état du malade n'aurait pas pu être plus rapidement amélioré s'il avait reçu des soins qui lui ont fait défaut ; par exemple, en cas de raideurs articulaires, on notera dans le rapport que le malade aurait récupéré l'intégrité de ses fonctions, si on l'avait soumis à l'électrisation ou à des manœuvres de mécanothérapie.

Si les conséquences de la blessure se trouvent aggravées par suite d'un diagnostic erroné ou incomplet, par une complication ultérieure, par des soins mal dirigés, ce n'est pas l'ouvrier qui doit être responsable de ces erreurs, c'est le patron ou la compagnie, sans préjudice du recours contre le pharmacien qui a contrevenu à la loi sur l'exercice de la médecine.

Il est encore une autre question très délicate. Le médecin traitant a-t-il commis une négligence? a-t-il donné au malade pour le guérir tous les soins que la science mettait à sa disposition?

Ainsi un malade entre à l'hôpital avec une fracture bimalléolaire, on lui place un appareil plâtré et quand le malade se lève on s'aperçoit que le pied est déjeté en dehors. Voici donc une blessure qui devait n'être que temporaire et qui, par maladresse ou négligence, s'est transformée en une infirmité peut-être définitive.

La compagnie d'assurances, qui aurait dû ne payer qu'une indemnité pour un temps limité, se trouve avoir une pension à solder. Elle peut mettre en cause la responsabilité du chirurgien.

Un des points sur lesquels les compagnies d'assurances ont voulu engager la responsabilité du chirurgien, est le suivant : dans les hôpitaux, la réduction des fractures n'est le plus souvent pas faite par le chirurgien lui-même, mais par l'interne ; celui-ci est couvert par l'article 6 de la loi de 1892, mais il n'en serait pas de même si la réduction était faite par un des externes. Dans ces conditions, les compagnies pourraient plaider que les soins donnés au malade n'ont pas été suffisants.

De même, la compagnie, en présence d'une ankylose définitivement établie ou nécessitant une intervention opératoire, s'inquiétera de savoir si l'ouvrier a été massé, a été soumis à la mécanothérapie, a été électrisé. Si ces soins ont été, à son avis, insuffisamment prescrits, la compagnie d'assurances, et c'est contre cela que je tiens à mettre en garde mes confrères, cherchera à faire partager à l'opérateur la responsabilité qu'elle a encourue.

Enfin je ne reviendrai pas sur la question de la chloroformisation, ainsi que je l'ai dit (p. 118), le malade a le droit de refuser de se laisser en-

dormir ; si le malade consent, l'expert doit avoir par écrit son consentement personnel et celui des avoués auxquels les parties ont confié leurs intérêts.

C. Complications des blessures.

La plaie peut s'infecter au moment même où elle se produit et le malade peut mourir, alors que l'érosion semble insignifiante, j'ai rapporté (page 115) un cas de septicémie, suivi de mort en quelques jours.

Le plus souvent, l'infection est secondaire, et certaines formes ne surviennent qu'un mois, six semaines après la blessure. Surtout si le malade est soigné à domicile, le médecin, malgré les soins antiseptiques minutieux, ne peut pas toujours enrayer le mal ou le prévenir.

Il en est de même de l'infection tétanique, alors même que l'on a eu recours à l'injection de sérum anti-tétanique.

C'est pourquoi, dans le certificat du début, le médecin doit toujours faire des réserves visant les complications, qu'il s'agisse de la possibilité

de la mort, ou même d'une infirmité. Par exemple, dans un cas de luxation de l'épaule, il ne faudra pas manquer de noter l'éventualité d'une paralysie ou de l'atrophie du deltoïde.

a. *Action des maladies antérieures*

L'action des maladies antérieures sur la guérison des blessures prête à de nombreuses discussions.

Un tuberculeux a une lésion articulaire traumatique ; la guérison obtenue, il reste quelque raideur articulaire et certains mouvements sont douloureux ; quelques mois plus tard se déclare une tumeur blanche. Quelle part revient au traumatisme et quelle part attribuer à l'état organique du malade au moment où s'est produit l'accident ?

Au congrès de Berlin de 1899, MM. Lannelongue et Achard ont fait une communication des plus intéressantes dont voici les points principaux (1) :

(1) *Presse médicale*, 1899.

« Depuis les expériences célèbres de Max Schuller sur le développement du processus tuberculeux à la suite des contusions articulaires, il est admis que le traumatisme peut localiser sur le point où il porte, une affection née à distance ou généralisée. Cette loi de pathogénie générale, dont il n'est pas besoin de faire ressortir l'importance, s'est vérifiée d'ailleurs en plusieurs circonstances et pour d'autres infections que la tuberculose ; l'observation clinique s'est jointe à l'expérimentation, pour en montrer le bien fondé.

« Pourtant, en ce qui concerne la tuberculose, on ne voit guère, chez les sujets qui en sont atteints, un grand traumatisme sans plaie extérieure, une fracture ou une luxation par exemple, devenir l'origine d'un foyer bacillaire, de sorte que la clinique semble en désaccord sur ce point avec les conclusions de Max Schuller.

« Chez l'homme, la grande loi de la pathologie générale que l'on a déduite des expériences de Max Schuller, ne trouve que d'une manière tout à fait exceptionnelle son application à la tuberculose, bien qu'elle dût précisément, dans

l'esprit de son auteur, expliquer les faits relatifs à cette infection. Assurément, elle n'en subsiste pas moins dans les conditions expérimentales, et aussi, pour d'autres infections dans les conditions de la clinique. Mais chez l'homme atteint de lésion tuberculeuse, il faut autre chose qu'un traumatisme, même violent, et, sans doute l'intervention d'une cause agissant d'une façon plus prolongée est nécessaire pour déterminer la formation en un point localisé d'un foyer bacillaire d'origine sanguine.

« Parmi ces influences s'exerçant avec continuité, l'une des principales paraît être l'activité nutritive des organes en voie de développement, qui se circonscrit dans certaines régions de ces organes. C'est du moins ce qui paraît résulter de la fréquence avec laquelle s'observent, chez les jeunes sujets et dans le squelette en croissance, ces foyers de tuberculose locale, dont il y a lieu d'attribuer l'origine au transport du bacille par la voie sanguine. »

La proposition soutenue par MM. Lannelongue et Achard est sans doute juste en théorie, cependant en pratique on peut lui faire quelques

objections. Quand un ouvrier tuberculeux avéré ou latent se donne une entorse légère, il ne va que bien rarement chez le médecin, il pense que la douleur qu'il ressent ne sera que passagère, il reprend son travail trop tôt, et pour ce malade, qui n'a reçu aucun soin après le traumatisme, je n'oserais accepter sans réserve les propositions de MM. Lannelongue et Achard.

Il est d'autres états organiques qui occasionnent certainement un retard considérable, sinon un empêchement absolu à la consolidation des fractures.

Deux fois il m'a été donné d'examiner des fractures non consolidées chez des *albuminuriques* ; et tous les auteurs ont signalé les retards considérables de la consolidation chez les *tabétiques*, dont les os ont une friabilité particulière.

La *syphilis* peut occasionner un retard dans l'évolution normale d'une blessure. Comme médecin traitant, si vous soignez un ouvrier blessé dont vous avez reconnu l'état d'infection syphilitique, vous êtes dans tous les cas tenu au secret médical ; c'est au médecin agissant comme expert, qu'il appartient de dépister et de signaler cette

cause d'aggravation possible de l'état du malade.

La *blennorrhagie aiguë* se complique parfois d'arthrite purulente mono-articulaire, aussi son existence devra être recherchée et notée comme pouvant entraîner une complication particulièrement grave. L'arthrite blennorrhagique se termine souvent, en dépit des meilleurs soins, par l'ankylose en position vicieuse de l'articulation lésée.

Les blessures des *alcooliques* soulèvent des difficultés sur lesquelles Verneuil a appelé l'attention, il y a déjà longtemps (1). Chez eux, à l'occasion de blessures parfois même peu graves surgissent des complications sérieuses. Quelques-uns avaient un commencement de cirrhose ou de néphrite qui ne s'était encore trahi par aucune manifestation, notée par le malade ou son entourage. Sous l'influence de la blessure, la révélation de cet état morbide est

(1) Verneuil, *Des blessures considérées comme cause du réveil des diathèses et comme motifs de leur détermination locale.* (*Revue de médecine et de chirurgie,* 1877 et 1878) et *Etats généraux et traumatisme* (*Encyclopédie internationale de chirurgie,* Paris, 1883, p. 133).

brusque, l'insuffisance des fonctions du foie, des reins, se traduit par les symptômes bien connus de la cirrhose hépatique ou de la néphrite, mais elle s'accompagne de troubles qui peuvent dérouter un médecin non prévenu. Parmi eux, je signale, avec Verneuil, la fréquence et l'intensité de la congestion pulmonaire et la facilité avec laquelle se font les contaminations infectieuses.

La gravité et les complications des blessures chez les personnes atteintes de *diabète*, même léger, ont été signalées depuis longtemps, c'est parfois la lenteur avec laquelle une blessure insignifiante se guérit qui met le médecin sur la voie et fait découvrir la maladie générale jusqu'alors méconnue. Voici un exemple :

Un commerçant s'était légèrement écorché la peau de la jambe au niveau de la crête du tibia en tombant d'un tabouret; il était soigné par son médecin ordinaire qui, voyant que cette petite écorchure était longue à guérir, appela Trélat en consultation. Le médecin traitant étant tombé malade, je fus prié de le remplacer. J'étais alors interne chez Aran, dans le service duquel l'examen des urines de tous les malades était fait

systématiquement. Les urines du malade contenaient du sucre. Le lendemain, le frère et la sœur du malade me prièrent d'examiner leurs urines; ils rendaient 60 et 80 grammes de sucre par vingt-quatre heures. Ces trois personnes avaient vécu vingt ou trente ans sans avoir jamais présenté aucun accident imputable au diabète, dont l'existence ne fut connue que par hasard.

Quand à la suite d'une blessure un diabétique succombe à un phlegmon diffus ou à la septicémie, l'expert considère ces complications comme normales pour ainsi dire; mais certains cas plus embarrassants peuvent se produire. Voici un exemple :

Un vétérinaire diabétique est victime d'un accident d'automobile; il ne présente aucun signe de commotion cérébrale, se relève de suite, et après deux jours de repos reste pendant une quinzaine de jours en état de santé satisfaisant.

Au bout de ce temps, il tombe brusquement dans le coma diabétique et meurt.

Quel est, dans ce cas, le rôle joué par le traumatisme dans l'éclosion des accidents comateux? Quelle est la responsabilité encourue par l'auteur

de l'accident? La réponse est difficile, sinon impossible.

Quand, comme dans les cas précédents, l'entourage sait que le blessé était atteint de diabète, la tâche du médecin est difficile, bien qu'il y ait une base précise pour la discussion ; mais il existe beaucoup de personnes qui éliminent des quantités même considérables de sucre et qui ignorent complètement leur état. Si à la suite d'un traumatisme un blessé présente du sucre dans les urines il faudra que le médecin s'efforce de savoir si ce diabète était antérieur à l'accident ou s'il a pour cause l'accident lui-même ; bien souvent la question sera insoluble. Parfois on trouvera une indication dans la marche de la maladie ; en effet j'ai eu à observer avec M. Richardière (1) des personnes reconnues diabétiques après un accident, chez lesquelles la quantité du sucre éliminé a été en diminuant progressivement et a finalement disparu. Bouchard a signalé des cas de guérison analogues. Il me semble très

(1) Brouardel et Richardière, *Diabète traumatique* (*Ann. d'hygiène*, 1888, t. XX, p. 401).

probable qu'il s'agissait alors d'un diabète passager, sous la dépendance du traumatisme.

Il y a longtemps que Garrod a signalé l'apparition d'accès de *goutte* à la suite de contusions ou même d'une vive émotion. C'est à ce propos que Charcot disait : Il suffit pour un goutteux d'une chute, même peu grave, d'une rixe ou même d'une dispute, pour provoquer un accès de goutte.

Une des questions les plus controversées, au moment de l'application de la loi, a été celle des hernies.

La *hernie* est-elle un accident du travail ? Il est certain que la hernie se manifeste d'ordinaire à l'occasion d'un effort. Celui-ci peut être peu violent, tel est l'effort qui accompagne la toux, l'éternuement, la défécation. Il s'agit dans ces cas de malades qui ont un canal inguinal large et qui parfois présentent même une *pointe de hernie* qui peut passer inaperçue pendant un temps plus ou moins long ; un jour, au cours du travail, alors qu'ils portent un fardeau, ils sentent une gêne dans la région inguinale, s'aperçoivent de

la présence d'une tuméfaction plus ou moins douloureuse, et, de bonne foi, ils en rapportent la production à l'effort qu'ils viennent de faire.

Avec M. Berger, dont j'avais demandé l'avis, j'ai examiné un malade porteur d'une hernie inguinale gauche, accompagnée d'une pointe de hernie du côté opposé, ces deux hernies étaient certainement dues à une défectuosité organique, elles appartenaient à la variété que l'on a appelée *hernies de faiblesse*, par opposition aux *hernies* dites *de force*, occasionnées, elles, par un effort très considérable. Dans ce dernier cas, la hernie ne se produit pas d'ordinaire par les anneaux inguinal ou crural, c'est la paroi qui cède et l'on a bien plutôt une éventration qu'une hernie véritable. L'effort dans la hernie de faiblesse a été l'occasion de la sortie d'une hernie imminente.

La jurisprudence en Allemagne et en France varie quelque peu sur ce point.

En Allemagne, les tribunaux disent : le malade, même s'il avait antérieurement une pointe de hernie, travaillait sans difficulté, aujourd'hui il ne peut plus donner la même somme de tra-

vail ; il y a donc pour l'ouvrier diminution de sa valeur et une réparation pécuniaire lui est due.

En France, après quelques hésitations, on semble disposé à ne pas admettre la hernie de faiblesse comme constituant un accident du travail.

b. *Action des infections antérieures.*

Un adolescent présente de *l'ostéomyélite*, à la suite d'un traumatisme, est-ce un accident du travail ? Il est certain que l'ostéomyélite en elle-même, un abcès intra-osseux, n'est pas seulement le résultat du traumatisme et que la suppuration est le fait de microbes pyogènes, en l'espèce, le plus souvent, le staphylocoque, qui existait chez le malade avant le traumatisme.

Mais il est non moins certain, et la clinique nous le prouve, que souvent l'ostéomyélite survient à la suite d'un coup, qui a été la cause déterminante de la maladie. L'accident a provoqué la lésion chez un prédisposé.

La *tuberculose pulmonaire* n'est pas considérée en Allemagne comme pouvant résulter d'un accident du travail, et d'ailleurs les discussions

ne semblent avoir porté que sur une des manifestations de la tuberculose et non sur la maladie elle-même. La jurisprudence de l'Office impérial a été établie sur une mauvaise espèce.

Un ouvrier soulevant un poids fait un effort, mais continue son travail sans en paraître incommodé ; *quelques heures* plus tard, il a une hémoptysie abondante qui se répète les jours suivants. A la suite de ces hémorragies, se manifeste la tuberculose pulmonaire et l'ouvrier demande une indemnité. Elle lui fut refusée, parce que si l'effort, l'accident du travail, avait été la cause de l'hémoptysie, celle-ci se serait produite immédiatement. « Ce qui, dans ce cas, dit Blasius (1), avait le plus d'importance et a une valeur décisive, c'est la période de temps qui s'est écoulée entre le moment exact de l'accident et l'hémorragie pulmonaire. »

Il est impossible d'admettre que, étant donnée une déchirure du tissu pulmonaire, l'hémorragie ne se révèle que trois ou quatre heures après ; de telles hémorragies sont immédiates, puisque

(1) *Monatschrift für Unfallheilkund*, 1894, p. 122.

le sang qui est chassé par le cœur, où il se trouve soumis à une forte pression, passe dans les voies aériennes où il ne rencontre aucune résistance, ce qui le force à paraître sinon immédiatement, du moins très rapidement à l'extérieur. Ces hémoptysies n'auraient donc pu se produire que dans un poumon déjà touché par la tuberculose et doivent être attribuées non au traumatisme, mais à une tuberculose existant avant le traumatisme.

La théorie soutenue par l'Office impérial allemand me semble très discutable, si au lieu de ne considérer que l'hémoptysie, on veut la généraliser à toutes les manifestations tuberculeuses, on constate que nombreux sont les exemples de tuberculose évoluant rapidement à la suite d'un traumatisme. Il est certainement hors de doute que ce n'est pas la violence subie qui détermine l'infection tuberculeuse et qui dépose le bacille dans le poumon. Mais ainsi que Natalis Guillot l'a démontré jadis, ainsi que moi-même je l'ai si souvent fait constater aux élèves qui suivent les conférences de la Morgue, ainsi que l'ont signalé les médecins d'asiles de vieillards, le nombre des

personnes, mortes d'affections quelconques ou de vieillesse, qui portent dans les poumons des lésions tuberculeuses, guéries ou en voie de guérison, est extrêmement considérable ; qu'une telle personne reçoive un choc dans la poitrine, le point lésé peut certainement devenir le départ d'une généralisation tuberculeuse dans cet organisme prédisposé.

Voici un exemple :

En Corse, où les passions politiques sont particulièrement vives, un candidat alors bien portant reçoit, au cours d'une réunion électorale, force coups d'adversaires politiques, au nombre desquels se trouvait même le sous-préfet, qu'on accusa d'avoir pris une part active à la lutte. Quelques jours plus tard, le blessé est pris de fièvre et succombe en quatre semaines à une phtisie galopante. L'autopsie est faite et on trouve à côté de foyers de tuberculose guéris, une éruption miliaire abondante. Le blessé avait bien succombé à la granulie, mais il me semble probable que l'éclosion des accidents brusques de tuberculose aiguë, que la généralisation était bien survenue à la suite des coups portés sur la

région thoracique qui avaient réveillé une tuberculose en voie de cicatrisation ou en état de latence (1).

M. le Dr Mosny a récemment étudié l'influence du traumatisme sur le développement et la révélation d'une tuberculose latente, je partage absolument son opinion (2).

A côté de la tuberculose, il est quelques affections qui se développent avec une rapidité extraordinaire à la suite d'un traumatisme.

Un ouvrier place l'extrémité d'une poutre de fer qu'il portait dans une cavité préparée pour la recevoir, au moment où il allait se retirer la barre lui retombe sur l'épaule, il ressent une douleur assez vive, mais qui cependant ne l'empêche pas de continuer son travail. Le lendemain, il était très malade, et il meurt quarante-neuf heures après l'accident. A l'autopsie que je pratiquai avec M. Descoust, nous avons trouvé une *pneumonie suppurée* du sommet du pou-

(1) Ferrette et Laval, *Les Accidents du travail*, 1901.

(2) Mosny, *Le traumatisme, la tuberculose et la loi sur les accidents du travail* (*Annales d'hygiène et de médecine légale*, 3e série, 1902, t. XLVIII, p. 47 et p. 96).

mon droit, côté qui avait subi le traumatisme. Nous n'avons pas osé à cette époque, il y a vingt ans, affirmer qu'il y avait une relation entre la chute de la barre de fer sur l'épaule et la lésion pulmonaire, à cause même de l'étendue de la lésion et aussi parce que l'on a signalé la présence de pneumonies latentes chez les alcooliques. Cependant depuis lors j'ai eu à constater des lésions au moins aussi considérables et aussi rapidement développées survenant bien nettement à la suite d'un traumatisme.

Il y a quelques années une fille, connue sous le surnom de *la Torpille*, avait fait les exercices acrobatiques auxquels elle se livrait chaque soir ; elle n'était donc pas malade. Après la représentation, elle est frappée au cours d'une rixe et meurt trente-neuf heures plus tard à l'hôpital. A l'autopsie, nous avons trouvé une quantité considérable de pus, au moins trois ou quatre cents grammes, dans les plèvres et le péricarde.

Un ouvrier maréchal-ferrand reçoit un coup de pied dans le ventre, deux jours plus tard il meurt de péritonite purulente généralisée.

Il est maintenant démontré que ces lésions peuvent provenir du traumatisme subi peu d'heures auparavant. Quand un individu possède dans son organisme des microbes pyogènes, il suffit parfois d'une violence, même légère, pour que s'établisse en quelques heures une suppuration considérable, absolument hors de proportion avec le traumatisme initial. L'étiologie de ces affections peut être rapprochée de celle de ces énormes abcès *laiteux*, décrits sous ce nom par Puzos, survenant après l'accouchement, sans réaction fébrile et qui sont cependant la preuve manifeste d'une infection puerpérale.

Le *cancer* peut-il se développer à la suite d'un traumatisme?

Dans le public, on admet comme un fait établi que le cancer du sein survient d'ordinaire après un coup, un choc.

Au point de vue médical, rien ne me semblait moins prouvé, lorsque le fait suivant vint ébranler quelque peu ma conviction :

Un jeune homme de quinze ans et demi tombe du haut du talus des fortifications dans le fossé ;

à la suite de cette chute, il n'y eut pas d'accidents graves, mais quelque temps après le malade fut pris de douleurs abdominales; par la palpation, on sentait dans le ventre des noyaux durs, mobiles, qu'aucun traitement ne parvint à faire disparaître. Le malade succomba et à l'autopsie on trouva un cancer de l'intestin et du cœur.

c. *Neurasthénie traumatique*

Cette affection, qui fut d'abord observée chez les victimes des accidents de chemins de fer et qui reçut les noms de *railway-spine*, de *railway brain*, d'*hystérie traumatique*, peut survenir à la suite d'un traumatisme autre, mais violent.

Les symptômes les plus ordinaires sont des maux de tête accompagnés d'insomnies, de cauchemars, de troubles intellectuels et psychiques. Cet état morbide est permanent, mais entrecoupé de crises paroxystiques survenant parfois plusieurs fois par jour (1).

(1) Vibert, *Etude médico-légale sur les accidents de chemin de fer*, 1888. — *Contribution à l'histoire de la névrose traumatique* (*Ann. d'hygiène publique et de médecine légale*, 3e série, 1893, t. XXIX, p. 97 et 228).

Le pronostic de la maladie est assez difficile à établir ; le médecin doit montrer la plus grande réserve. Dans les cas les plus favorables, la névrose traumatique dure plusieurs mois, mais souvent beaucoup plus longtemps et même toute la vie.

On a souvent prétendu que la névrose traumatique n'était qu'une simulation. Il est certain que la personne qui en est atteinte peut de bonne foi, ainsi que je l'ai déjà dit, s'exagérer la valeur des symptômes qu'elle ressent; les médecins des compagnies de chemins de fer ont affirmé que bien souvent les malades étaient améliorés et rapidement guéris dès le prononcé du jugement leur accordant l'indemnité qu'ils réclamaient.

Sans contredire cette observation, il faut remarquer que la personne atteinte de neurasthénie traumatique est, par le fait de son accident, dans un état d'anxiété perpétuel, tout lui est une occasion d'excitation, une lumière trop vive, un bruit imprévu. Elle porte sur l'issue du procès cette vive préoccupation qui parfois touche à l'obsession. Le jugement,

quel qu'il soit, est pour elle une des causes de son état anxieux. Il en résulte une détente, qui ne prouve pas que les souffrances antérieures étaient simulées, elles étaient entretenues, aggravées par l'attente. Il est certain que beaucoup de personnes atteintes de névrose traumatique n'ont guéri que plusieurs années après le traumatisme ou même sont demeurées complètement incurables.

Le diagnostic est difficile, car il repose sur des symptômes accusés, mais non vérifiables par l'expert; il en est deux toutefois qui existent presque toujours dans la neurasthénie traumatique et qui défient toute simulation, c'est la *tachycardie* persistante, le pouls étant rarement au-dessous de 110 et atteignant même 130 pulsations par minute et le *rétrécissement du champvisuel*, accompagné ou non de dyschromatopsie.

Dans les accidents du travail, nous avons observé cette névrose à la suite de chute d'un lieu élevé chez des charpentiers, des couvreurs, des maçons, des peintres, à la suite d'explosions, de projections de matériaux ou d'outils, notamment chez des mécaniciens.

d. *Conséquences éloignées de l'accident.*

L'article 19 de la loi du 9 avril 1898 porte que « la demande en révision de l'indemnité fondée sur une aggravation ou une atténuation de l'infirmité de la victime, ou de son décès par suite des conséquences de l'accident, est ouverte pendant trois ans à dater de l'accord intervenu entre les parties ou de la décision définitive. Le titre de la pension n'est remis à la victime qu'à l'expiration des trois ans. »

Cet article est parfaitement logique et remédie, dans une certaine mesure, à l'incertitude inévitable de pronostics portés au début ou au cours d'une maladie en évolution. Si, au bout de trois ans, il y a amélioration ou aggravation, une contre-expertise ordonnée permet d'élever ou d'abaisser, suivant le cas, le taux de l'indemnité.

9. — PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE. LOI DU 15 FÉVRIER 1902

Avant d'entreprendre l'étude de quelques points de cette loi, qui ne deviendra exécutoire que le 15 février 1903, il nous faut faire un aveu : la loi relative à la protection de la santé publique que nous sommes parvenus à faire voter en 1902, n'est pas tout à fait celle que nous avions voulu réaliser, cela tient en grande partie aux ajournements successifs qu'elle a subis et aux amendements acceptés au cours de la discussion.

C'est en 1884 que M. Lockroy, alors ministre, demanda au Comité consultatif d'hygiène un projet de loi sur la protection de la santé publique.

Ce projet fut présenté, mais il fut déposé le jour même de la chute du ministère, et il fut considéré comme projet d'initiative privée et comme caduc quand la législature fut renouvelée.

MM. Siegfried et Chautemps en présentèrent un en leur nom.

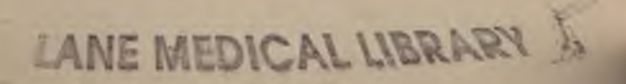
Puis un nouveau projet du Comité consultatif fut soumis aux Chambres et adopté en 1893 par

la Chambre des députés. Mais, emportée par son élan, la Chambre avait dépassé le but. Nous nous étions plaints qu'au point de vue sanitaire l'autorité était désarmée et que particulièrement la loi du 13 avril 1850 sur les logements insalubres était par là rendue inapplicable. Les députés décidèrent que les Conseils d'hygiène départementaux seraient chargés de l'application, sans appel, des articles de la loi concernant les logements insalubres. La Chambre des députés avait ainsi constitué un tribunal d'exception, prononçant sur des questions de propriété; or, nul n'ignore en quelle suspicion sont tenus, dans tous les pays, les arrêts rendus par un tribunal de cette espèce. Leur impartialité et leur compétence sont suspectes.

Quand, en 1893, la loi vint en discussion devant le Sénat, celui-ci n'accepta pas le texte voté par la Chambre. Trois délibérations nous reportèrent jusqu'en 1902.

Cette loi, dont la gestation a été si laborieuse, n'a pas été plus tôt adoptée qu'elle fut sévèrement discutée.

Le professeur Duclaux trouve la loi trop



vaste ; elle embrasse en somme toute l'hygiène, touche à tout mais sans assez préciser. Il a peut-être raison, mais quand il s'agit non pas de présenter une loi devant le Parlement, mais de la faire voter, il faut bien parfois faire quelque peu abstraction de ses désirs sur des points spéciaux et se conformer aux desiderata des législateurs. Lorsqu'en 1880, le docteur Henry Liouville avait fait voter par la Chambre le principe de la vaccination obligatoire, on lui demanda de ne pas présenter une mesure sanitaire isolée, mais un projet d'ensemble. C'est pour satisfaire à cette demande que le Comité d'hygiène présenta le projet de 1884, et comme l'état d'esprit des législateurs n'avait certes pas changé, nous avons dû nous conformer à la volonté du parlement.

M. Duclaux nous fait un autre reproche : « Il ne faut mettre dans les lois, dit-il, que ce qui est scientifiquement démontré ». Ici notre manière de comprendre les faits est quelque peu différente.

Dans une question d'hygiène, il est des parties scientifiquement établies, il en est d'autres en-

core discutables. Devons-nous attendre que tout soit définitivement résolu pour faire bénéficier les populations des découvertes incontestables? Prenons par exemple la fièvre typhoïde. Il est scientifiquement démontré que l'eau contaminée est le véhicule habituel de la fièvre typhoïde, il y a des exceptions, mais 90 fois sur 100, l'étiologie hydrique de la dothienenterie est incontestable. Devons-nous attendre que la science ait précisé l'origine de ces derniers cas, dix pour cent, pour insérer dans la loi les conditions dans lesquelles les eaux d'alimentation doivent être protégées, mises à l'abri du danger des contaminations connues? Il en est peut-être d'autres, on les inscrira dans une loi future, quand on les aura découvertes.

Un autre point défectueux a été signalé par M. Duclaux : le vote de la loi n'a pas été précédé d'une propagande assez active, l'opinion ne l'a pas assez réclamée, parce que l'on n'avait pas su l'y intéresser, on n'avait pas su l'émouvoir. Sur ce point, nous sommes d'accord, mais que pouvions-nous faire?

Dès 1875, nous avons fondé la Société de mé-

decine publique, dans laquelle nous avons fait entrer des ingénieurs, des architectes, des chimistes, nous avons organisé depuis lors dans les diverses capitales de l'Europe des Congrès internationaux d'hygiène. Nous avons mis à l'ordre du jour des discussions rendues publiques l'assainissement de nos grands ports, Toulon, Cherbourg, Marseille, Le Havre. Nous avons proclamé le danger des eaux contaminées. Si nous n'avons pas réussi, autant que nous l'aurions voulu, à secouer la torpeur de l'opinion, avons-nous échoué, autant que le dit M. Duclaux? Je ne le crois pas.

La question de l'eau potable pure a été posée au Congrès d'hygiène de Vienne en 1887, elle a été combattue par toute l'école allemande, cependant des propositions françaises ont été adoptées. Depuis dix ans, en France, plus de 2000 localités ont soumis au Comité d'hygiène des projets d'amenée d'eau.

Ce qui est vrai dans l'observation de M. Duclaux, c'est ceci. L'opinion publique était si indifférente aux problèmes que soulève l'hygiène que malgré nos efforts, lorsque nous ouvrions même

un Congrès international, après sollicitations répétées, les pouvoirs publics se faisaient représenter à la séance d'ouverture, puis disparaissaient. En est-il de même et en sera-t-il de même à l'avenir ? Je ne le crois pas et je citerai à l'appui de cet espoir le fait suivant.

Depuis 20 ans, tous les deux ou trois ans il se tient à Paris un Congrès national, convoqué spécialement pour lutter contre la tuberculose. Y prennent part des médecins, des chirurgiens, des vétérinaires. Toutes les questions scientifiques relatives à la tuberculose y ont été résolues. Les décisions sont restées lettres mortes. Mais en 1899, il s'est tenu à Berlin un Congrès antituberculeux. Les initiateurs étaient des médecins également, mais ils avaient eu le bonheur de faire partager leurs convictions aux personnages les plus haut placés dans la hiérarchie sociale. Le grand public, heureux de suivre la voie indiquée par l'Impératrice d'Allemagne, prit part à ces assises. La presse fit retentir la bonne doctrine. On eut la sensation que l'on découvrait un problème social inconnu, l'élan était

donné et dans le monde entier la guerre fut déclarée à la tuberculose.

Scientifiquement avait-on fait un pas? Je répondrai à peu près négativement. On n'a utilisé dans les conclusions que ce qui était connu de tous les hygiénistes, mais on avait fait sortir la question des enceintes académiques et chacun avait voulu y apporter son concours.

Je suis d'acord avec M. Duclaux : l'hygiéniste ne peut rien sans l'opinion publique. Cependant il serait injuste de ne pas reconnaître que si nous pouvons maintenant l'invoquer, c'est grâce à l'effort continu, d'autant plus méritoire que, pendant 15 ans, il a semblé voué à la stérilité, accompli par un groupe d'hommes qui ont préparé la seconde phase de la lutte, celle dans laquelle nous pouvons entrer aujourd'hui.

A côté de ces critiques un peu sévères, j'en signalerai deux très importantes.

En premier lieu, toutes les personnes qui sont chargées de l'application de la loi ne reçoivent aucune rémunération ; s'il y a une enquête elle ne rapporte rien à celui qui en est chargé ; c'est là, ainsi que je l'ai déjà démontré, un défaut grave

de la loi. On donne volontiers son temps et sa peine pendant quelques semaines, mais il est impossible de demander à une personne un dévouement continu, sans le rémunérer de sa peine.

La seconde critique est la suivante. C'est le maire qui, dans les communes est chargé de l'application de la loi et je montrerai dans le commentaire de l'article premier que c'est là le point faible de la nouvelle organisation sanitaire.

Je vais passer rapidement en revue les divers articles de la loi.

Art. I. — Dans toute commune le maire est tenu, afin de protéger la santé publique, de déterminer, après avis du conseil municipal et sous forme d'arrêtés municipaux portant règlement sanitaire :

1° Les précautions à prendre en exécution de l'article 97 de la loi du 5 avril 1884, pour prévenir et faire cesser les maladies transmissibles visées à l'art. 4 de la présente loi, spécialement les mesures de désinfection ou même de destruction des objets à l'usage des malades ou qui ont été souillés par eux et généralement des objets quelconques pouvant servir de véhicule à la contagion.

2° Les prescriptions destinées à assurer la salubrité des maisons et leurs dépendances, des voies privées closes ou non à leurs extrémités, des logements loués en garni et des autres agglomérations quelle qu'en soit la nature notamment les prescriptions relatives à l'alimentation en eau potable ou à l'évacuation des matières usées.

Le maire est chargé de l'application de la loi dans les communes ; or sur les 36.000 maires que possède la France, combien en est-il qui soient compétents en hygiène ? Si nous en comptons 1000, je suis sûr que nous sommes au-dessus de la vérité et même sur ces 1000 maires compétents, combien prendront les mesures hygiéniques nécessaires ? Si la fermeture d'un puisard, l'enlèvement d'un fumier qui contamine un puits ou une source et compromet la santé d'une partie du village est nécessaire, le maire devra prendre un arrêté ; et comme il mécontentera de ce fait un certain nombre des habitants qui sont ses électeurs, il y a de grandes chances pour que l'arrêté ne soit pas pris ou s'il l'est, pour qu'il ne soit pas exécuté.

D'autre part, la France a un territoire extrêmement divisé, les villages sont très rapprochés et il importe peu que dans un village isolé, un maire compétent en questions hygiéniques, ait pris des arrêtés pour rendre son pays salubre, s'il est environné de villages insalubres, qui, en dépit de toutes les précautions, répandront les épidémies dans leur voisinage. Les enquêtes,

pour reconnaître l'origine de ces épidémies, sont souvent bien difficiles à conduire, et presque impossibles pour les autorités locales.

Je me souviens qu'à la suite d'une épidémie de fièvre typhoïde survenue à Trouville, je fus chargé d'aller faire, avec M. Thoinot (1), une enquête sur ses causes.

Je me rendis à la mairie, les autorités ne niaient pas l'épidémie, elles en atténuaient la gravité, déclaraient l'eau de Trouville à l'abri de toute souillure, mais nous signalaient l'eau mal captée de Villerville, dont la population, disaient-elles, était décimée par la fièvre typhoïde.

Nous nous rendîmes auprès du maire de Villerville ; autre cloche, autre son. L'eau de Villerville était indemne de toute souillure, l'état sanitaire était excellent, on ne pouvait le comparer avec celui de Trouville, dont les eaux mal captées avaient engendré une épidémie de fièvre typhoïde parmi la population et les baigneurs.

Afin de mener à bien les enquêtes qui sûrement

(1) Brouardel et Thoinot, *Deux épidémies de fièvre typhoïde* (*Ann. d'hyg.* 1891, 3e série, t. XXV, p. 231).

seront nécessaires, nous avions demandé, dans le projet de loi, la création d'inspecteurs de la santé, qui, faisant partie des Conseils d'hygiène départementaux, auraient été à même de connaître l'état sanitaire de toute une région et auraient eu la compétence nécessaire pour juger les mesures hygiéniques urgentes, les soumettre au Conseil et en surveiller l'exécution.

J'aurais désiré qu'il existât en France un corps d'hygiénistes analogue à celui que possède l'Angleterre (1). Celle-ci a 2 à 3000 *officiers de la santé*, qui viennent visiter les maisons, voir si elles sont bien tenues, surveillent les maladies épidémiques ; et, ce qui serait impossible avec notre législation, donnent des renseignements sur la valeur sanitaire des maisons ou logements à louer. Ainsi un particulier voulant louer un appartement se rend chez l'inspecteur, qui, après avoir visité les locaux, ne lui donne jamais de mauvais renseignements, mais donne ou refuse un certificat portant : « Maison salubre, quartier

(1) *L'Hygiène publique en Angleterre, le Sanatory Institute, les inspecteurs sanitaires* (*Ann. d'hyg.*, 1901, tome XLV, p. 385).

salubre. » Il est facile de se faire une opinion, si l'inspecteur donne le certificat, on peut louer en toute assurance ; s'il le refuse, c'est que la maison est insalubre.

Malheureusement en France, à tort ou à raison, on croit qu'il y a trop de fonctionnaires et le Sénat a supprimé les inspecteurs de salubrité, proposés par le gouvernement, de sorte que nous avons une loi sanitaire attendue depuis bien des années, mais personne de compétent pour en assurer l'exécution.

En vertu des articles 2 et 3, le préfet, après avis du Conseil départemental d'hygiène, approuve les règlements sanitaires communaux et si un an après la promulgation de la loi une commune n'avait pas de règlement sanitaire, un arrêté préfectoral lui en imposerait un d'office. *En cas d'urgence*, c'est-à-dire en cas d'épidémie ou de danger imminent pour la santé publique, le préfet peut ordonner l'exécution immédiate des règlements municipaux, en vertu d'un arrêté du maire, ou, si le maire refuse, par arrêté préfectoral.

Art. 5. — La déclaration à l'autorité publique de tout cas de l'une des maladies visées à l'article 4 est obligatoire pour tout docteur en médecine, officier de santé ou sage-femme qui en constate l'existence. Un arrêté du Ministre de l'intérieur, après avis de l'académie de médecine et du comité consultatif d'hygiène publique de France fixe le mode de déclaration.

C'est la confirmation de la déclaration obligatoire des maladies transmissibles déjà contenue dans l'art. 15 de la loi du 30 novembre 1892 (1).

Nous avions proposé que la déclaration fût obligatoire pour le père de famille et en seconde ligne seulement pour le médecin. Cette double obligation supprimait les deux obstacles qui font opposition à son application, d'une part, le médecin craint, en déclarant la maladie, de commettre une infraction au secret médical, d'autre

(1) La liste a été ainsi dressée après avis conforme de l'Académie de médecine et du Conseil d'hygiène. Les maladies dont la déclaration est obligatoire en vertu de l'article 15 de la loi du 30 novembre 1892 sont : la fièvre typhoïde, le typhus exanthématique, la variole et la varioloïde, la scarlatine, la diphtérie (croup et angine couenneuse), la suette miliaire, le choléra et les maladies cholériformes, la peste, la fièvre jaune, la dysentérie, les infections puerpérales (quand le secret de la grossesse n'a pas été réclamé), l'ophtalmie purulente des nouveau-nés.

part il se trouve parfois placé entre son devoir et son intérêt. Il est en effet certaines maladies, surtout les maladies épidémiques, que les clients n'aiment pas beaucoup ébruiter, la famille du malade demande au médecin de ne pas faire la déclaration et celui-ci, pour ne pas mécontenter son client, peut être tenté d'accéder à son désir. Pour cette raison il eût été préférable que l'obligation de la déclaration fût imposée au père de famille. Mais le Sénat, entraîné par des raisons de sentiment, a préféré laisser la responsabilité de la déclaration au médecin.

Quant à la question du secret médical, le médecin n'a rien à craindre, il ne viole pas plus le secret en se rendant au bureau de la mairie pour déclarer une maladie infectieuse, qu'il ne le viole en venant demander un conseil au sujet d'un malade à l'un de ses maîtres, ou en délivrant un certificat pour l'internement d'un aliéné. Toutes les personnes qui ont connaissance de la maladie déclarée par le médecin, c'est-à-dire le secrétaire de la mairie, le maire, etc. sont dépositaires par état ou profession d'un secret qu'ils ne peuvent dévoiler sans tomber sous le coup de l'article

378 du code pénal. C'est un point délicat qui a été jugé dans les circonstances suivantes.

En 1895 une épidémie de diphtérie régnait à Arpajon ; un médecin, sur diagnostic établi par des cultures et des examens microscopiques confirmés par le Dr Netter, fit cinq déclarations au secrétaire de la mairie. Celui-ci communiqua les feuilles de diagnostic à un conseiller municipal, qui fit paraître dans l'*Echo arpajonnais* un article, dans lequel il accusait le médecin de chercher à alarmer à tort les familles et déclarait qu'il s'agissait de laryngite et non de diphtérie.

Le médecin intenta des poursuites devant le tribunal de Corbeil et le 27 décembre 1895 le secrétaire de la mairie fut condamné.

L'affaire vint en appel sous le prétexte que le médecin qui fait une déclaration de maladie épidémique agit comme fonctionnaire et que la diffamation à son égard doit être jugée par la Cour d'assises. La Cour d'appel, le 13 juin 1896, réforma le jugement et acquitta le secrétaire de la mairie (1).

(1) P. Brouardel, *L'Exercice de la médecine et le charlatanisme*, 1899, p. 550.

La Cour de cassation, saisie d'un pourvoi du Procureur général, rendit le 13 mars 1897 un arrêt cassant l'arrêt de la Cour d'appel et renvoyant les parties devant la Cour d'appel de Rouen, qui, le 27 juillet 1897, rendit un arrêt condamnant le secrétaire de la mairie à 16 francs d'amende et aux dépens. La condamnation est légère, mais la jurisprudence n'en n'est pas moins bien établie.

Art. 6. — La vaccination anti-variolique est obligatoire au cours de la onzième et de la vingt et unième.

Les parents et tuteurs sont tenus personnellement à l'exécution de cette mesure.

C'est là une excellente mesure depuis longtemps réclamée par tous les hygiénistes. « On jugera plus tard, disait Lorain, du degré de civilisation d'un peuple par sa mortalité variolique à une époque donnée. » Cela est exact.

En France, nous perdons chaque année un nombre considérable de varioleux, environ 12,000, ce chiffre est humiliant, si nous le comparons avec celui fourni par les statistiques allemandes: dans tout l'empire, la mortalité annuelle est de 110. A Berlin, où les conditions hygiéniques sont sensiblement les mêmes qu'à

Paris, la variole n'existe pour ainsi dire plus depuis 1885.

La mollesse avec laquelle est pratiquée la vaccination, et surtout la revaccination, dans certaines régions de la France nous expose à un perpétuel danger, et nous aurions encore à craindre, en cas de mobilisation, l'éclosion d'aussi terribles épidémies que celles qui firent tant de victimes en 1870-71. En Bretagne, dans l'arrondissement de Pontivy, qui compte 110,000 habitants, on constata, en 1888-1889, 1034 décès causés par la variole. A Douarnenez, en 1887 et 1888, sur une population de 10,923 habitants, 844, soit 77 pour 1000 succombèrent à cette même affection.

Il est certain que la pratique rigoureuse de la vaccination et de la revaccination amènera en quelques années la disparition presque complète de cette redoutable affection et nous permettra de supprimer le trop lourd tribut d'existences que nous payons chaque année à cette maladie évitable.

L'insertion de cette obligation dans la loi est donc justifiée par les faits, elle avait été deman-

dée par l'Académie de médecine à plusieurs reprises, notamment après la discussion de 1888; c'est un acte important qui vient d'être accompli. C'est la première fois en France que le législateur intervient directement pour résoudre une question purement médicale, il ne peut agir ainsi, que lorsque le corps médical lui-même accepte presque à l'unanimité la proposition faite, lorsque l'expérience a donné des résultats indiscutables, en France et à l'étranger. Il serait imprudent de faire des articles analogues pour des questions encore en discussion. Quelles que soient nos convictions scientifiques, nous n'avons le droit de les imposer que lorsque toutes les objections peuvent être écartées et le temps seul permet de juger sainement leur valeur.

Nous sommes tenus sur toutes ces questions à une extrême prudence, et il ne faudrait pas, par des arrêts prématurés, rappeler l'intervention du Parlement et de la Sorbonne, qui il y a 200 ans prohibaient l'usage du quinquina, du tartre stibié et la transfusion.

Cette insertion de la vaccination dans la loi crée de plus des obligations très étroites au gou-

vernement. Il doit fournir du vaccin absolument pur ou soumettre les instituts qui en fournissent à une surveillance efficace. Il doit faire que le vaccin, puisque son usage est obligatoire, soit délivré gratuitement à ceux qui ne peuvent ou ne veulent pas le payer. Il doit s'assurer que ceux qui sont légalement soumis à la vaccination et à la revaccination n'échappent pas à cette nouvelle obligation. Ceux qui sont chargés de préparer les règlements d'administration publique prévus par la loi savent à quelles difficultés on se heurte.

Art. 7. — La désinfection est obligatoire pour tous les cas de maladies prévues à l'article 4. Les procédés de désinfection devront être approuvés par le ministre de l'Intérieur après avis du Comité consultatif d'hygiène de France.

Les mesures de désinfection sont mises à exécution, dans les villes de 20,000 habitants et au-dessus, par les soins de l'autorité municipale, suivant des arrêtés du maire approuvés par le préfet et dans les communes de moins de 20,000 habitants par les soins d'un service départemental.

On craignait que le public n'admît pas très facilement la désinfection obligatoire. Il n'en est rien. Alors que la désinfection n'était pas obli-

gatoire le nombre de désinfections acceptées ou réclamées par la population parisienne depuis 1889, époque à laquelle fut créé le service municipal de désinfection, s'est constamment accru, preuve évidente que les notions d'hygiène sont de plus en plus facilement acceptées par le public (1). En 1899, le service municipal fit 64,100 désinfections ; il y a lieu de noter qu'un grand nombre de désinfections ont été réclamées par les familles pour des maladies dont la déclaration même n'est pas obligatoire, telles que la rougeole (2,232), la coqueluche (568), l'érysipèle (1,084) et enfin la tuberculose (10,962) (2).

Mais ce n'est pas seulement dans les villes que l'utilité de la désinfection sera bientôt reconnue.

Lorsqu'en 1887, je fus envoyé en mission avec M. Thoinot, afin de prendre les mesures nécessaires pour éteindre l'épidémie de suette miliaire

(1) Brouardel, *l'Exercice de la médecine et le charlatanisme*, 1899, p. 101.

(2) A.-J. Martin, *le Service municipal de désinfection de la ville de Paris.* (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 3e série, 1901, t. XLV, p. 129).

qui sévissait en Poitou (1), nous n'avions au début que des étuves fixes qui étaient à plusieurs kilomètres des points contaminés. Je rentrai à Paris et quelques jours plus tard je revins amenant deux étuves Geneste Herscher mobiles, avec lesquelles nous pouvions nous rendre dans les villages, au lieu même où un cas s'était produit. Au début, les paysans, un peu méfiants, eurent quelque appréhension et ne livraient leur literie à la désinfection qu'avec regret, mais quand ils s'aperçurent que les matelas sortaient de l'étuve plus rebondis qu'ils n'y étaient entrés, et surtout quand ils virent la quantité de vermine que détruisait leur passage à la vapeur sous pression, tout le monde voulut faire désinfecter ses hardes et en quelques jours l'épidémie fut enrayée.

La désinfection donna d'aussi bons résultats quand il s'est agi d'arrêter l'épidémie de ty-

(1) P. Brouardel et Thoinot *Epidémie de suette miliaire observée en juin et juillet* 1887 *dans les départements de la Vienne, de la Haute-Vienne, etc.* (*Recueil des travaux du Comité consultatif d'hygiène de France*, 1888, t. XVII, p. 356).

phus exanthématique, qui, partant de Bretagne où il est à l'état endémique, traversa la France jusque dans le département du Nord, transporté de ville en ville par les chemineaux.

Le seul reproche que l'on puisse adresser à la désinfection par la vapeur sous pression, c'est que le prix de revient est assez élevé. Il y a lieu de rechercher un moyen aussi efficace et moins cher.

L'article 8 décide que lorsqu'une épidémie menace tout ou partie du territoire de la République ou s'y développe et que les moyens de défense locaux sont reconnus insuffisants, les mesures propres à empêcher la propagation de l'épidémie sont déterminées par un décret du Président de la République, rendu après avis du Comité consultatif d'hygiène publique. Ce décret règle les attributions, la composition et le ressort des autorités et administrations chargées de l'exécution de ces mesures, dont les frais d'exécution (personnel et matériel) sont à la charge de l'Etat. Tous les décrets ou actes administratifs de cette nature sont exécutoires dans les

vingt-quatre heures à partir de leur publication au journal officiel.

Cet article remplacera avantageusement la loi du 3 mars 1822 sur les maladies épidémiques et pestilentielles. Cette loi fut votée sous l'empire de la peur, dans le but de garantir la France contre l'épidémie terrible de fièvre jaune qui ravageait l'Espagne et le Portugal. Comme toutes les lois d'exception trop hâtivement conçues, elle dépassa le but qu'elle se proposait d'atteindre. Les infractions étaient punies par la mort, les travaux forcés, des amendes de vingt mille francs, etc., et son extrême sévérité la rendit à peu près inapplicable.

Art. 9. — Lorsque pendant trois années consécutives, le nombre des décès dans une commune a dépassé le chiffre de la mortalité moyenne de la France, le préfet est tenu de charger le Conseil départemental d'hygiène de procéder, soit par lui-même, soit par la Commission sanitaire de la circonscription, à une enquête sur les conditions sanitaires de la commune.

Si cette enquête établit que l'état sanitaire de la commune nécessite des travaux d'assainissement, notamment qu'elle n'est pas pourvue d'eau potable de bonne qualité ou en quantité suffisante, ou bien que les eaux usées y restent stagnantes, le préfet, après une mise en

demeure à la commune non suivie d'effet, invite le Conseil départemental d'hygiène à délibérer sur l'utilité et la nature des travaux jugés nécessaires. Le maire est mis en demeure de présenter ses observations devant le Conseil départemental d'hygiène.

En cas d'avis du Conseil départemental d'hygiène contraire à l'exécution des travaux ou de réclamations de la part de la commune, le préfet transmet la délibération du conseil au Ministre de l'Intérieur qui, s'il le juge à propos, soumet la question au Comité consultatif d'hygiène publique de France. Celui-ci procède à une enquête dont les résultats sont affichés dans les communes.

Sur les avis du Conseil départemental d'hygiène et du Comité consultatif d'hygiène publique de France, le préfet met la commune en demeure de dresser le projet et de procéder aux travaux...

Cet article donnera, je l'espère, de très bons résultats au point de vue de l'hygiène de certaines agglomérations dont la mortalité demeure constamment au-dessus de la moyenne, sans que l'on songe à s'inquiéter. C'est ainsi que la ville de Trévoux, a, depuis plus de dix ans, une mortalité de 40 pour 1000, alors que la moyenne en France ne dépasse pas 22. Il en est de même à Laval, où l'hygiène est déplorable ; les ouvriers tisserands, très nombreux dans cette ville, travaillent presque tous dans des sous-sols, véri-

tables caves, où jamais ne pénètre un rayon de soleil.

Les municipalités devront se conformer à la mise en demeure du préfet ; si dans le mois qui suit, le conseil municipal ne s'est pas engagé à y déférer, ou si, dans les trois mois, il n'a été pris aucune mesure en vue de l'exécution des travaux reconnus nécessaires, ils sont ordonnés par un décret du Président de la République, rendu en Conseil d'État, qui détermine les conditions de l'exécution, sans cependant que la dépense puisse être mise au compte de la commune autrement que par une loi.

L'article 10 s'occupe du captage des sources et de leur protection. Il est ainsi conçu :

Le décret déclarant d'utilité publique le captage d'une source pour le service d'une commune déterminera, s'il y a lieu, en même temps que les terrains à acquérir en pleine propriété, un périmètre de protection contre la pollution de ladite source. Il est interdit d'épandre sur les terrains compris dans ce périmètre des engrais humains et d'y forer des puits sans l'autorisation du préfet. L'indemnité qui pourra être due au proprétaire de ces terrains sera déterminée suivant les formes de la loi du 3 mai 1841 sur l'expropriation pour cause d'u-

tilité publique, comme pour les héritages acquis en pleine propriété.

Ces dispositions sont applicables aux puits ou galeries fournissant de l'eau potable empruntée à une nappe souterraine.

Le droit à l'usage d'une source d'eau potable implique, pour la commune qui la possède, le droit de curer cette source, de la couvrir et de la garantir contre toutes les causes de pollution, mais non celui d'en dévier le cours par des tuyaux ou rigoles. Un règlement d'administration publique déterminera, s'il y a lieu, les conditions dans lesquelles le droit à l'usage pourra s'exercer.

L'acquisition de tout ou partie d'une source d'eau potable par la commune dans laquelle elle est située peut être déclarée d'utilité publique par arrêté préfectoral, quand le débit à acquérir ne dépasse pas 2 litres par seconde. Cet arrêté est pris sur la demande du Conseil municipal et l'avis du Conseil d'hygiène du département. Il doit être précédé de l'enquête prévue par l'ordonnance du 23 août 1835. L'indemnité d'expropriation est réglée dans les formes prescrites par l'article 16 de la du 21 mai 1836.

Le chapitre II de la loi s'occupe des *mesures sanitaires relatives aux immeubles*, et est destiné à remplacer la loi de 1850 sur les logements insalubres.

Une habitation peut être insalubre de bien des manières, mais il est deux causes d'insalubrité qui priment toutes les autres : *l'absence de lumière* et *l'humidité.*

Un vieux proverbe persan dit : « Où le soleil n'entre pas, le médecin entre souvent ». C'est là un principe d'hygiène, qui malheureusement est trop délaissé, surtout dans les villes, où les pauvres, les ouvriers, ceux qui sont déjà en état de moindre résistance organique par suite d'une alimentation défectueuse, sont obligés de vivre entassés dans des chambres sans air, ni lumière. Or nous savons par expérience que la lumière solaire est le meilleur désinfectant et que les bacilles les plus résistants sont rapidement détruits par son action.

C'est simplement par la lutte incessante contre le logement insalubre qu'en Angleterre on est arrivé, en 20 ans, à faire diminuer le nombre des décès par tuberculose de 45 pour 100; tandis qu'en France nous comptons 33 décès par tuberculose pour 10.000 habitants, on n'en compte plus que 22 en Allemagne et 17 seulement en Angleterre.

J'avais été frappé de ce fait que la loi anglaise autorise le *Board local government* à démolir une maison, voire même un quartier, sans donner la moindre indemnité au propriétaire qui est obligé de reconstruire suivant les plans qui lui

sont fournis. Lors du Congrès de Londres en 1900 je demandai quelques renseignements à ce sujet et l'on m'apprit que ces mesures étaient possibles, parce que la propriété est loin d'être aussi divisée en Angleterre qu'elle l'est en France : des quartiers entiers de ville appartiennent au même propriétaire. Londres se trouve divisée entre sept propriétaires et toutes les grandes villes d'Angleterre sont dans une situation analogue. Dans ces conditions, lorsqu'on demande à un propriétaire d'abattre quelques maisons, c'est pour lui une dépense et une diminution de revenu insignifiantes. Il n'en serait pas de même en France, où non seulement la propriété est extrêmement divisée, mais où, dans certaines villes, une même maison appartient souvent à plusieurs personnes.

D'après l'article 11, dans les villes de plus de 20000 habitants et au-dessus, aucune maison ne peut être construite sans un permis du maire, constatant que, dans le projet qui lui a été présenté, les conditions de salubrité prescrites par le règlement sanitaire municipal ont été observées. Si le maire ne statue pas dans les vingt jours le pro-

priétaire pourra se considérer comme autorisé à commencer les travaux. En cas de refus du maire, l'autorisation peut être donnée par le Préfet.

Nous avons eu quelque peine à faire voter cet article, dont la portée est cependant considérable (1). L'autorisation pour les constructions n'est exigible que dans les villes de 20000 habitants. Nous l'aurions voulu plus compréhensif, toutefois c'est seulement dans les villes importantes que le prix du terrain, devenant très cher, on augmente autant que possible le nombre des étages tout en restreignant les espaces libres non bâtis cours et jardins.

Même dans les habitations neuves, dont l'extérieur semble le plus confortable, il est deux causes d'insalubrité que nous voudrions voir dispa-

(1) Dans la discussion de la loi, M. Cornil a fait remarquer que toutes les lois sanitaires et les règlements municipaux de l'étranger contenaient des dispositions analogues, notamment en Suède (loi du 25 sept. 1874, art. 13), en Hongrie (loi de 1876, art. 11), en Angleterre (loi sur la santé publique de 1875, art. 25), en Italie (loi du 22 déc. 1888 sur la protection de la santé publique, art. 39), à Bruxelles (règlement des bâtisses, art. 5), à New-York (code sanitaire de la ville de New-York, 1874, art. 17).

raître ; ce sont les *logements de domestiques*, tels qu'ils sont construits et les *courettes*.

Les chambres des domestiques dans un grand nombre de ces maisons sont placées sous les toits, lambrissées, sans cheminée, et n'ont pas plus de 2 m. 50 de large, on y étouffe l'été, et on y gèle l'hiver. C'est là que couchent les bonnes, le plus souvent des jeunes filles non acclimatées, anémiques, surmenées, c'est là qu'elles deviennent tuberculeuses et c'est de là que la tuberculose descend dans les appartements luxueux des étages inférieurs.

En vertu du décret du 23 juillet 1884, les courettes doivent avoir neuf mètres carrés, quand elles sont destinées à aérer et éclairer (?) les cuisines, mais leur superficie peut n'être que de quatre mètres, quand elles n'éclairent que le vestibule ou l'antichambre. Pour tirer le meilleur parti de son immeuble, le propriétaire fait la courette aussi petite que possible, et convertit la partie basse de cette courette en arrière-boutique, au moyen d'une couverture vitrée, élevée à la hauteur du premier plancher. Sur cette courette, prennent jour les antichambres, les cuisines et les

water-closets. Par la fenêtre de l'antichambre on secoue les tapis, les poussières pénètrent dans les cuisines et dans les aliments ; elles se déposent et s'accumulent sur les pavés ou sur le vitrage qui n'est nettoyé que bien rarement. Comme la pluie imprègne les murs qui ne recevant pas de soleil ne peuvent guère sécher, il règne dans la courette une humidité constante ; pour la combattre, le sommet est couvert par un toit vitré, qui ne laisse pénétrer l'air que par un petit intervalle. Dans ces conditions, la courette est une colonne d'air confiné dans laquelle se cultivent à l'ombre et à l'humidité, circonstances éminemment favorables, tous les germes qui sont projetés des divers appartements. M. Bremond a fait sur ce sujet d'intéressantes recherches. Il a cultivé les poussières recueillies dans une courette, en trente-six heures, chaque gramme de poussière avait fourni plus de cinq millions de bactéries (1).

Le Sénat a manifesté quelque mauvaise volonté, lors du vote des articles concernant les

(1) F. Bremond, *Hygiène des habitations, insalubrité des courettes.* (*Annales d'hygiène publique et de Médecine légale*, 3e série, 1901, t. XLV, p. 275).

mesures sanitaires relatives aux immeubles, par peur de léser les intérêts des particuliers et nous pouvions craindre de voir échouer toute cette partie de la loi, pour la raison même qui avait rendu inapplicable la loi de 1850. Grâce à un des membres de la commission du sénat, M. Cordelet, un ancien avocat, par conséquent très au courant de toutes les contestations possibles, ce gros écueil a pu être évité et il a rédigé l'article 13, de façon à sauvegarder les intérêts des propriétaires, en même temps que les intérêts supérieurs de l'hygiène, il a satisfait les plus difficiles des sénateurs. Voici le résumé de cet article :

Lorsqu'un immeuble est considéré comme dangereux pour la santé des occupants et des voisins, le *maire* ou *le préfet* invite la *Commission sanitaire* à donner son avis sur l'utilité et la nature des travaux et sur l'interdiction d'habitation, s'il y a lieu, jusqu'à ce que les conditions d'insalubrité aient disparu.

Le rapport du maire est déposé au secrétariat de la mairie, à la disposition des intéressés.

Les propriétaires ou ayants droit sont avisés par le maire, au moins quinze jours d'avance, de

la réunion de la Commission sanitaire ; pendant ce délai, ils peuvent fournir leurs observations; ils peuvent également être entendus, s'ils en font la demande, par la Commission et assister aux visites et constatations de lieux.

Si la Commission est d'un avis contraire à celui du maire, le préfet saisit, s'il le juge utile, le *Conseil départemental d'hygiène*. Le Préfet avise les intéressés, au moins quinze jours d'avance, de la réunion du Conseil départemental d'hygiène, devant lequel ils peuvent fournir leurs observations soit personnellement, soit par mandataire.

L'avis soit de la Commission sanitaire, soit du conseil d'hygiène, indique le délai dans lequel les travaux doivent être exécutés, ou dans lequel l'immeuble cessera d'être habité en totalité ou en partie.

Une fois l'avis ci-dessus devenu définitif, le maire prend un arrêté qui doit être revêtu de l'approbation du préfet et met le propriétaire en demeure de s'y conformer dans le délai fixé.

D'après l'article 13, un recours est ouvert aux intéressés contre l'arrêté du maire devant le

Conseil de préfecture, pendant un mois à dater de la notification de l'arrêté. Ce recours est suspensif.

Si, l'arrêté du maire étant devenu définitif, les intéressés n'exécutent pas les travaux nécessaires, ils sont traduits devant le tribunal de simple police, qui autorise le maire à faire exécuter les travaux d'office à leurs frais (art. 14), sans préjudice de l'application de l'article 471 § 15 du Code pénal (1). En cas d'interdiction d'habitation non suivie d'effet, les intéressés sont passibles d'une amende de 16 à 500 francs.

Les articles 15, 16, 17, 18 s'occupent des dépenses, du dégrèvement de contributions à la suite des travaux ordonnés ; de la résiliation des baux, qui ne comportent dans ce cas aucune indemnité en faveur du locataire.

Le Titre II de la loi traite de l'*administration*

(1) Art. 471. — Seront punis d'amende depuis un franc jusqu'à cinq francs inclusivement.....

15° Ceux qui auront contrevenu aux règlements légalement faits par l'autorité administrative, et ceux qui ne se seront pas conformés aux règlements et arrêtés publiés par l'autorité municipale.....

sanitaire. Dans les villes de 20.000 habitants et dans les communes de 2000 habitants où existe un établissement thermal, il doit être institué un *bureau municipal d'hygiène* (art. 19).

Dans chaque département, il existera un *Conseil d'hygiène départemental* (art. 20), composé de dix à quinze membres, comprenant deux conseillers généraux, trois médecins, dont un de l'armée, un pharmacien, l'ingénieur en chef, un architecte et un vétérinaire.

Le Conseil d'hygiène départemental donne son avis au Conseil général du département sur l'organisation des services d'hygiène et notamment sur la division du département en circonscriptions sanitaires, pourvues chacune d'une *Commission sanitaire*, composée de cinq à sept membres.

Pour le département de la Seine, le Conseil départemental a le nom de Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine et est présidé par le Préfet de police (art. 23).

Enfin l'article 25 réorganise le Comité consultatif d'hygiène publique de France, composé de quarante-cinq membres ; il délibère « sur toutes

les questions, intéressant l'hygiène publique, l'exercice de la médecine et de la pharmacie, les conditions d'exploitation et de vente des eaux minérales sur lesquelles il est consulté par le Gouvernement. Il est nécessairement consulté sur les travaux publics d'assainissement ou d'amenée d'eau d'alimentation dans les villes de plus de 5,000 habitants et sur le classement des établissements insalubres, dangereux ou incommodes. »

Le titre III s'occupe des dépenses et le titre IV énumère les pénalités encourues pour infraction à la loi nouvelle : sont punis d'une amende de 100 à 500 francs et, en cas de récidive de 500 à 1000 francs, tous ceux qui auront mis obstacle à l'accomplissement des devoirs des maires et des délégués des Commissions sanitaires en ce qui touche l'application de la loi. L'article 463 du code pénal (circonstances atténuantes) est applicable dans tous les cas prévus.

Telle est la nouvelle loi sanitaire, elle n'est pas parfaite, elle n'est pas aussi complète que

nous l'aurions désiré, mais elle constitue un sensible progrès et rendra, j'en suis sûr, de grands services au point de vue de la diminution des maladies évitables.

Il est facile de comprendre, à la suite de cet exposé, que l'exercice de la médecine se présente aujourd'hui dans des conditions nouvelles. Ainsi que je l'ai montré, c'est le médecin, témoin de la maladie du pauvre et de la disparition de familles qu'il eût été facile de conserver à l'humanité, qui a été le ferment actif de la transformation dont il est aujourd'hui quelque peu la victime.

Sous l'influence du médecin, l'opinion a réclamé aux législateurs une protection ; de là, le vote des lois sanitaires que je viens d'exposer : lois sur la protection de l'enfance, sur l'assistance médicale gratuite, sur les mutualités, sur les accidents du travail, enfin loi sur la protection de la santé publique.

V. — LIGUES SANITAIRES

En promulguant ces lois, le législateur est d'accord avec l'opinion publique. Celle-ci réclame mieux encore et dès que le public a su qu'il existait des maladies évitables, qu'elles étaient les plus meurtrières, il a pensé que l'effort était insuffisant. Il s'est fondé des ligues, destinées à propager la bonne parole et aussi à recueillir les capitaux nécessaires à la fondation d'hôpitaux et de dispensaires.

Je parlerai surtout des *ligues anti-tuberculeuses*, qui dès maintenant constituent une force considérable.

Récemment, sous le patronage du Président de la République, j'ai présidé la séance d'ouverture de la fédération de ces Sociétés anti-tuber-

culeuses, elles sont au nombre de 75 et ont pu réunir la somme énorme de 50,000,000 de francs, dont 34,000,000 ont été versés depuis que les Congrès de Berlin en 1899 et de Londres en 1901 ont appris véritablement au public ce qu'est la contagion de la tuberculose et sa curabilité.

L'emploi de capitaux aussi considérables devra être judicieusement fait; on créera des sanatoriums gratuits pour adultes pauvres et pour les personnes de classe moyenne, qui pourront, en payant une faible rétribution, avoir les soins que seuls peuvent actuellement recevoir les tuberculeux riches. Mais comment hospitaliser pendant plusieurs mois par an les 4 à 500,000 tuberculeux qui existent en France? M. Calmette, à Lille, et M. Léon Bonnet, à Paris, ont créé des dispensaires, analogues aux polycliniques allemandes. Ce qui est l'originalité de ces dispensaires c'est qu'au lieu d'attendre que l'ouvrier tuberculeux vienne réclamer des soins, on l'invite à s'y rendre.

Pour atteindre ce résultat, il faut s'adresser non pas au malade lui-même, mais aux chefs d'entreprise et surtout aux contre-maîtres

d'usine et d'ateliers, qui approchent les ouvriers, savent ceux qui toussent ou crachent, ceux dont les forces diminuent. Quand, grâce aux renseignements fournis et grâce aussi aux conseils des patrons et contre-maîtres, les suspects de tuberculose seront attirés au dispensaire où ils recevront des soins, des médicaments et où on leur distribuera, pour eux et leur famille, s'ils étaient obligés de suspendre leur travail, des secours en espèces, des vêtements, etc., un grand pas sera fait dans la lutte contre la tuberculose. De plus, le dispensaire doit désinfecter les habitations, fournir des crachoirs hygiéniques, stériliser le linge de corps et les vêtements, et donner toutes les instructions nécessaires pour assurer, dans les meilleures conditions possibles, l'hygiène du tuberculeux à domicile et préserver de la contagion ceux qui l'entourent et dont il ne veut pas ou ne peut pas se séparer (1).

Le dispensaire ainsi conçu permettra de porter un diagnostic précoce et de dépister les tuber-

(1) Calmette, *Les Dispensaires. Rapport à la Commission de la tuberculose.*

culeux encore faiblement touchés par l'infection et qui pourraient être soignés et guéris dans les sanatoriums.

A côté des ligues anti-tuberculeuses, je signalerai les *ligues anti-alcooliques*, qui sont de deux variétés : les unes prêchent l'abstention totale de toute boisson contenant de l'alcool ; les autres recommandent l'abstention d'alcool et des liqueurs, mais autorisent l'usage des boissons dites hygiéniques, le vin, le cidre, la bière, à condition de n'en prendre qu'en quantité raisonnable.

Je crois que ces dernières ont les plus grandes chances de succès, il ne faut pas oublier que la France, suivant les régions, produit en abondance le vin, la bière et le cidre, et aller recommander au vigneron qu'il devrait s'abstenir de vin serait prêcher dans le désert. De deux maux il faut choisir le moindre et si l'on pouvait dès maintenant restreindre la consommation des liqueurs contenant des alcools plus ou moins toxiques, ce serait déjà un résultat fort appréciable.

La *ligue pour la morale publique* a pour but d'empêcher la diffusion des maladies vénériennes. Elle est internationale.

La *ligue pour la protection de la santé publique,* récemment fondée à l'occasion d'une campagne de presse contre les falsifications du lait, s'occupe principalement des dangers que fait courir au consommateur l'absorption de denrées alimentaires falsifiées ou conservées à l'aide de produits antiseptiques, acide salicylique, saccharine, borax, etc. (1).

Enfin il existe une *ligue contre la mortalité infantile.*

Chaque année 150.000 enfants meurent en France avant la fin de leur première année (2). Ils sont victimes d'une mauvaise alimentation : soit qu'ils soient nourris de lait impur, falsifié,

(1) P. Brouardel, *Les Empoisonnements criminels et accidentels,* 1902, p. 233.

(2) Girard et Bordas, *Le lait et la mortalité infantile* (*Annales d'hygiène et de médecine légale,* 3e série, t. XLVIII, 1902, p. 139).

contaminé par le bacille de Koch et par une foule d'autres germes, soit que les parents, dans leur ignorance, substituent au lait les aliments les plus imprévus. La diarrhée infantile en est la conséquence et elle compte plus du tiers de la totalité de ces décès. M. Budin a montré que pendant les épidémies de diarrhée infantile qui ont régné à Paris ces deux dernières années, pas un seul des enfants qui venaient à la consultation des nouveau-nés, organisée à la clinique Tarnier, n'avait été touché par cette affection. De ce côté encore, nous avons un vaste terrain d'action.

Quelle est la signification de toutes ces ligues, au point de vue de l'exercice de la médecine? Leur tendance est claire. Le parlement ému par les accidents dont sont victimes les ouvriers a édicté des lois de protection. Des groupes de philanthropes, frappés des désastres causés par les maladies évitables, dans les classes les plus intéressantes de la société, ont formé des associations visant la prophylaxie de ces maladies. La plupart d'entre elles n'ont encore que quelques

années d'existence, elles constituent déjà de puissants moyens d'action. Elles veulent organiser une protection efficace, elles font appel à la bonne volonté, aux connaissances des médecins. Ceux-ci, qui les premiers ont signalé le mal, qui ont été les agents actifs de leur formation, se dévouent à leur succès avec un désintéressement dont l'opinion publique n'a pas encore reconnu la noblesse.

C'est là certainement le caractère spécial de la vie médicale de la fin du dernier siècle et la préservation contre les maladies évitables a créé une série de questions sociales auxquelles participent les médecins et tous les hommes dévoués au bien public.

Cette transformation est notre œuvre à nous tous médecins, elle est notre honneur, nous pouvons en être fiers, quels que soient les périls qui en résulteront pour notre corporation. Cependant nous devons dès maintenant les prévoir, nous efforcer de les atténuer : c'est la part dévolue actuellement aux associations et aux syndicats médicaux.

VI. — CONFÉRENCES SANITAIRES INTERNATIONALES

Cette conviction de notre solidarité vis-à-vis des maladies transmissibles n'est pas spéciale à la France. Elle s'est développée dans tous les pays de l'Europe et de l'Amérique et a pris dans chacun d'eux des formes spéciales, sur lesquelles je ne saurais insister en ce moment. Mais elle s'est traduite dans les rapports internationaux par des ententes entre les différents peuples, en vue de protéger leurs territoires contre l'invasion des maladies venant des pays étrangers.

Des conférences sanitaires internationales avaient déjà été réunies depuis un demi-siècle,

elles n'avaient pu aboutir, parce que les médecins des différents peuples n'avaient pas une doctrine commune. J'ai fait mes études médicales à une époque où la contagion des maladies, même de la variole, n'était pas admise, où les modes de propagation de la fièvre typhoïde, du choléra, de la peste étaient inconnus. Comment, dans ces conditions, amener une entente entre les peuples, les obliger à faire des dépenses sanitaires, à imposer des entraves au commerce ?

Le succès n'a pu se réaliser que lorsque, grâce aux découvertes de Pasteur, nous avons pu substituer aux incertitudes et aux discussions sur la spontanéité, la spécificité des maladies, la certitude d'expériences que chacun pouvait répéter et dont l'exactitude était admise après contrôle par les savants du monde entier.

Dans ces dix dernières années, des Conférences sanitaires internationales se sont réunies à Venise à Paris, à Dresde (1) pour garantir l'Europe

(1) Voy. *Conférence de Dresde* (*Annales d'hygiène*, 1893, t. XXIX, p. 429). — *Conférence de Paris* (*Annales d'hyg.*

contre les ravages du choléra et de la peste. L'entente s'est faite sur les doctrines pastoriennes, c'est un succès, un très grand succès.

Ce serait sortir de mon sujet que d'insister sur les difficultés d'application, dépense, rapidité des communications internationales, incertitude des renseignements fournis par des villes qui croient défendre leurs intérêts en cachant les cas de maladies, et qui compromettent ainsi singulièrement leur avenir.

C'est un point cependant sur lequel je veux appeler votre attention. Toutes les conventions sanitaires ont pour base la sincérité des déclarations des divers gouvernements; les transactions commerciales ne jouissent de toute leur liberté, que si chacun est convaincu que son voisin dit la vérité, aussi l'esprit qui domine ces conventions, qui se traduit par des articles répétés dans le texte de chacune d'elles, c'est que les pays contractants s'engagent à rendre obligatoire

1894, t. XXXI, p. 191). — P. Brouardel, *La conférence internationale de Venise* (*Annales d'hyg.*, 1897, t. XXXVII, p. 401).

la déclaration des maladies épidémiques, quelles qu'elles soient.

Ces conventions ne seront efficaces et non vexatoires pour le commerce que lorsque ces déclarations seront sincères. Mais les Conférences n'ont prévu que pour la peste, le choléra, la fièvre jaune; or, depuis un demi-siècle les puissances européennes ont singulièrement étendu leurs domaines coloniaux. Elles se sont trouvées dans les différents pays en présence de maladies nouvelles, un grand nombre d'entre elles étaient peu ou mal connues, les industriels qui, dans ces nouvelles régions, allaient tenter fortune étaient eux et leurs employés frappés par elles, le désastre répondait à leurs efforts, le discrédit atteignait les colonies nouvelles. Ces maladies pénétraient en Europe avec les rapatriés. Les compagnies coloniales ont compris qu'en France, comme à Liverpool, à Londres, à Hambourg, on devait créer des enseignements médicaux spéciaux pour les colonies et en ce moment on en crée un, à Paris; il en existe déjà deux, à Bordeaux et à Marseille.

Lorsque cet effort aura été accompli dans les

divers pays colonisateurs, lorsque les médecins y exerceront avec compétence, lorsque chacun aura confiance dans les avertissements adressés par eux, les règles de prophylaxie sanitaire seront plus faciles à formuler et surtout plus faciles à exécuter au moment même où leur efficacité est réelle, c'est-à-dire au moment même où surgissent les premiers cas.

VII. — ŒUVRES D'ASSISTANCE ET DE PRÉVOYANCE MÉDICALES

La situation du corps médical au commencement du xx[e] siècle est donc celle-ci : diminution du nombre des malades, grâce aux généreuses initiatives prises par lui, augmentation des fonctions d'ordre prophylactique, en général peu ou mal rétribuées.

Pour lutter et pour atténuer les abus dont il est souvent victime, le médecin est impuissant, s'il reste isolé ; nous l'avons bien vu pendant près d'un siècle, alors que la profession médicale était régie par la loi de Ventôse; le médecin, victime de la concurrence déloyale d'un charlatan, était dans l'impossibilité presque

absolue de le faire condamner, puisqu'il devait faire la preuve qu'un dommage avait été causé à lui personnellement. Aujourd'hui, il n'en est plus de même et les poursuites sont possibles, car il suffit de prouver l'existence de l'exercice illégal; la personnalité du médecin reste en dehors du litige, le dommage est apprécié non vis-à-vis d'un individu, mais de l'ensemble de la corporation médicale.

La première œuvre de solidarité médicale date de 1833, et c'est à Orfila que revient l'honneur d'avoir fondé à cette date l'association médicale française : « *l'Association des médecins de la Seine* ».

Puis plusieurs années plus tard, en 1856, sous l'impulsion de Rayer et d'Amédée Latour, fut fondée *l'Association générale des médecins de France*. Ces sociétés poursuivaient un triple but. Tout d'abord, elles devaient assurer l'honorabilité du corps médical. En effet, pour être reçu dans ces associations, il faut offrir de sérieuses garanties d'honorabilité morale et pro-

fessionnelle. Ce but a été atteint. Je sais bien qu'il y a eu quelques erreurs, car s'il est facile de refuser l'entrée à un médecin d'honorabilité douteuse, il est bien difficile d'en débarrasser l'association, si, une fois entré, il commet des actes repréhensibles. De ce côté, le résultat obtenu fut à peu près parfait.

En ce qui concerne le second but, la lutte contre l'exercice illégal, l'échec fut complet, à cause de la difficulté des poursuites judiciaires contre les charlatans et les rebouteurs.

Aussi après de louables efforts, les associations médicales s'étaient de plus en plus confinées dans une troisième action de haute portée morale, dans laquelle elles ont pleinement réussi.

Nul n'ignore que le médecin ne s'enrichit guère ; le plus souvent le praticien n'a pour vivre et élever sa famille que le produit de ses visites ; si la maladie ou des infirmités précoces surviennent, la famille tombe dans le plus profond dénûment. C'est à cet état de choses déplorable que les associations se sont efforcées d'apporter remède.

A l'Association des médecins de la Seine, la cotisation annuelle est de 20 francs, mais cette

société a vu son capital considérablement accru par les libéralités de ses membres, grâce auxquelles une somme de 65.000 francs environ est distribuée en rentes viagères de 1200 francs aux médecins infirmes, de 700 francs aux veuves des médecins membres de l'association. De plus, la société possède une bourse dans un lycée de Paris.

L'Association générale des médecins de France est constituée par le groupement de 94 sociétés médicales départementales ; elle compte 8500 membres, dont la cotisation est fixée à 12 francs. Les fonds sont fournis par l'intérêt du capital de la société qui atteint 4.000.000 de francs. Au début, l'association ne donnait des rentes viagères que de 300 francs, elles ont été élevées ensuite à 600 francs, actuellement elles sont à 800 francs, et l'on espère que bientôt elles atteindront 1200 francs, surtout si l'on accorde à nos associations la faveur spéciale qui est donnée aux sociétés de secours mutuels, de laisser leurs fonds à la Caisse des dépôts et consignations, moyennant un intérêt de 4 et demi pour 100.

A l'Association générale des médecins de France

est annexée une des caisses de retraite, émanant d'un type créé par le Dr Cezilly sous le nom de « Concours médical ». C'est : la *Caisse des retraites du corps médical français*, qui possède plus de 800.000 francs et dont le but est de servir à ses adhérents des pensions, dont le chiffre type est de 1200 francs à partir de 60 ans, moyennant une cotisation variable suivant l'âge d'entrée.

A côté de ces associations et de la Caisse des retraites, le Dr Laguoguey a fondé une *caisse indemnité maladie* pour les médecins de la Seine. Cette caisse garantit à ses adhérents, en cas de maladie, une somme de 10 francs par jour pendant trois mois et une indemnité de 5 francs par jour pendant six mois.

Le Concours médical a créé peu après une caisse indemnité maladie sous le nom de « *Association amicale des médecins français* » qui, moyennant une cotisation annuelle variable avec l'âge, assure une indemnité de 10 francs par jour

pendant deux mois et passé cette limite une indemnité de 100 francs par mois pendant toute la durée de la maladie, si longue soit-elle (1).

Ce sont là essentiellement des œuvres de prévoyance ; les médecins ont de plus fondé des œuvres de défense professionnelle constituées par les syndicats.

Le premier syndicat médical fut celui de Montaigu en Vendée (2), créé en 1880 ; peu à peu les médecins se syndiquèrent et cent vingt syndicats existaient, lorsque survint l'arrêt de la Cour de Caen, confirmé par la Cour de cassation, refusant aux médecins le bénéfice de la loi du 21 mars 1884.

Je ne reviendrai pas sur les discussions qui se sont élevées à propos de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine et les difficultés que nous avons eues à faire adopter l'ar-

(1) Lande, *Des œuvres d'assistance et de prévoyance médicales*. (*Rapport au 1er congrès de médecine professionnelle et de déontologie*). Paris, 23-28 juillet 1900.

(2) Salomon, *Des œuvres de défense professionnelle* (*Rapport au 1r congrès de médecine professionnelle et de déontologie*). Paris, 23-28 juillet 1900.

ticle 13 qui ne fut voté qu'à quelques voix de majorité, et seulement à la condition que les syndicats médicaux ne pourraient défendre les intérêts professionnels qu'à l'égard de toute personne autre que l'Etat, les départements et les communes.

Depuis cette époque, la situation des médecins a changé à leur avantage.

Aujourd'hui le président d'un syndicat peut se porter partie civile contre les rebouteurs et charlatans, les cas litigieux sont examinés de plus près et les poursuites pour exercice illégal sont plus sérieuses et plus efficaces.

Telles sont les conditions de l'exercice de la médecine au commencement du xxe siècle. Le législateur, d'accord en cela avec l'opinion publique, a créé de nouveaux devoirs pour le médecin sans que celui-ci trouve une compensation suffisante. Les médecins ne pourront résister qu'en se groupant, qu'en entrant dans les œuvres de prévoyance : les associations, les caisses de retraites, les caisses indemnité maladie et les œuvres de défense professionnelle, les syndicats.

Je ne saurais trop engager les jeunes qui entrent dans la carrière, à se joindre aux anciens, à faire partie de ces associations, ils y trouveront garantie pour leurs intérêts professionnels, pour leur vie matérielle et pour celle de leur famille, si quelque malheur immérité compromet un jour le succès de leurs efforts.

TABLE DES MATIÈRES

DIJON. — IMP. DARANTIERE

L'Hygiène à Paris, l'Habitation du Pauvre, par le Dr O. DU MESNIL, membre du comité consultatif d'hygiène de France, préface par J. Simon (de l'Institut), 1890, 1 vol. in-16, de 222 pages........ 3 fr. 50

Depuis longtemps M. du Mesnil combat l'insalubrité du logement du pauvre. Cet ouvrage est un recueil de notes sur les principaux quartiers où se trouvent ces déplorables taudis, sur les améliorations obtenues et ce qu'il reste à faire. L'auteur établit la portée d'influence de l'habitation sur la mortalité, et expose les modifications qu'il faudrait introduire dans la législation et dans le régime de la bienfaisance. C'est un document que liront avec intérêt tous ceux qui s'occupent de l'habitation des classes ouvrières dont on comprend mieux que jamais l'importance au point de vue social.

(*Le Mouvement hygiénique*).

Les nouvelles Institutions de Bienfaisance, *les dispensaires pour enfants malades, l'hospice rural,* par le Dr A. FOVILLE, membre de l'Institut, inspecteur général des établissements de bienfaisance, 1888, 1 vol. in-16, de 256 pages avec 10 plans........ 3 fr. 50

L'ouvrage est surtout consacré à l'étude des dispensaires pour enfants malades. L'auteur prend comme base celui du Havre qui a si bien réussi. Il existe des établissements du même genre à Rouen, à Clermont-Ferrand, et surtout à Paris. Il est évident que toute grande ville devrait être pourvue d'un dispensaire pour enfants, car on assure ainsi à ces petits êtres des soins suffisants tout en évitant l'hospitalisation impossible à cause du nombre de ceux qui se présentent. Dix plans enrichissent ce travail intéressant, qui se termine par une étude sur l'hospice rural. (*L'Union médicale*).

Hygiène de l'Esprit, par J.-H. RÉVEILLÉ-PARISE, membre de l'Académie de médecine. Physiologie et hygiène des hommes livrés aux travaux intellectuels, gens de lettres, artistes, savants, hommes d'Etat, jurisconsultes, etc., 1880, 1 vol. in-16, de 435 pages........ 3 fr. 50

Trop souvent les hommes d'étude sont mal servis par leur santé; trop souvent aussi ils la compromettent par l'excès de leur travail. Ils trouveront dans ce livre de sages préceptes qui les aideront à conserver leur santé.

Cet ouvrage est écrit d'un style clair et imagé. On y trouve des remarques fines et profondes qui dénotent non-seulement un observateur attentif, mais un penseur et un philosophe.

La Vie du Soldat au point de vue de l'Hygiène, par le Dr RAVENEZ, médecin-major à l'école de cavalerie de Saumur, 1889, 1 vol. in-16, de 375 pages, avec 55 figures........ 3 fr. 50

Recrutement militaire. — Incorporation. — Alimentation. — Habitation du soldat. — Habillement du soldat. — Equipement. — Charge du soldat. — Education intellectuelle et physique du soldat. — Service de santé de l'armée. — Hygiène de guerre.

Hygiène navale, moyens de conserver la santé des gens de mer, par le Dr MAHÉ, professeur des Écoles de médecine navale. 1 vol. in-16 de 451 pages........ 3 fr. 50

Etude de l'homme de mer. — De la santé. — Hygiène des gens de la machine. — Du navire et de son influence. — Action de l'air marin. — Des climats. — De la nourriture de l'homme de mer. — Des boissons de l'homme de mer. — De l'abus des boissons. — Des punitions et récompenses de l'homme de mer.

Hygiène des Gens du Monde, par le Dr A. DONNÉ, recteur de l'Académie de Montpellier. *Deuxième édition*, 1878, 1 vol. in-16, de 448 pages .... 3 fr. 50

Hygiène des âges. — Des saisons. — Exercices et voyages de santé. — Eaux minérales. — Bains de mer. — Hydrothérapie. — La fièvre. — Hygiène de la peau. — Des poumons. — Des dents. — De l'estomac. — Des fumeurs. — Des oreilles. — Des yeux. — Des femmes nerveuses. — La toilette et la mode.

Hygiène des Familles, par le Dr CORIVEAUD, 1890, 1 vol. in-16 de 322 pages .... 3 fr. 50

Hygiène individuelle. — Hygiène alimentaire. — L'obésité et son régime — Le diabète et son régime. — Hygiène de la bouche et de la vue. Remèdes et médicaments. — Les bains. — Le sommeil. — La suggestion mentale. — Les fous. — Hygiène sociale.

L'Art de prolonger la Vie, par le Dr HUFELAND. 1896, 1 vol. in-16, de XIV-372 pages .... 3 fr. 50

Histoire de la macrobiotique. — Examen de la force vitale. — Durée de la vie des plantes. — Durée de la vie des animaux. — Durée de la vie humaine. — Détermination du terme de la vie. — Causes qui abrègent la vie. — Moyens de prolonger la vie.

Scènes de la Vie médicale, par le Dr J. CYR, 1888, 1 vol. in-16, de 292 pages .... 3 fr. 50

Mon premier accouchement. — Mon mariage. — Une consultation. — La vie médicale de petite ville. — Une bonne fortune. — Une conquête embarrassante. — Le choix d'une spécialité. — Histoire d'un médicament. — Prenez mon eau. — Un banquet médical. — La fondation d'un journal. — Un dîner chez le laryngologiste. — Variétés de consultants, etc.

Les Signes de la Mort et les moyens de prévenir les inhumations prématurées, par le Dr BOUCHUT. *Ouvrage couronné par l'Institut. Troisième édition*, 1883, 1 vol. in-16 de 492 pages, avec 17 figures .... 3 fr. 50

Faits de mort apparente publiés avant et après l'auscultation. — Recherches sur la vie. — Signes éloignés et immédiats de la mort. — Signes de la mort apparente. — — Moyens de prévenir les inhumations prématurées. — Constatation et vérification des décès.

Les Maladies évitables. Prophylaxie, hygiène publique et privée, par le Dr GEORGES J.-B. BAILLIÈRE, 1898, 1 vol. in-16, 250 pages .... 3 fr. 50

S'inspirant des idées de M. le Professeur Brouardel et de M. le Dr Charrin, l'auteur étudie le rôle de l'organisme qui constitue le *terrain*, et le rôle des différents éléments contenant le *germe*, dans la propagation des maladies contagieuses. Le terrain et le germe sont les deux facteurs essentiels de la maladie.

Après avoir donné les preuves du rôle du terrain, il indique les mesures prophylactiques destinées à maintenir l'organisme en bon état et à prévenir son envahissement par les germes infectieux. Il passe ensuite en revue les preuves de la contagion par l'air, l'eau, le sol, les aliments, et il indique pour chacun les moyens à mettre en œuvre pour éviter la transmission des germes par l'air, l'eau, le sol, les aliments.

La Santé de nos Enfants, par le Dr CORIVEAUD. 1890, 1 vol. in-16, de 288 pages .... 3 fr. 50

Hygiène de la première enfance. — Le régime alimentaire chez les nourrissons. — Le pesage. — Le sevrage — Le bain. — Le vêtement. — Les maladies infantiles et les préjugés populaires. — L'hérédité morbide et la renaissance physique.

Hygiène de la première Enfance. Guide des mères, pour l'allaitement, le sevrage et le choix de la nourrice, par le Dr E. BOUCHUT. *Huitième édition*, 1885, 1 vol. in-16, de 460 pages, avec 53 figures .... 3 fr. 50

Les Maladies de l'Enfance. Description et traitement homœopathique, par le Dr JOUSSET. 1888, 1 vol. in-16, de 414 pages. Prix .... 3 fr. 50

Maladies constitutionnelles.— Cachexie. — Fièvre. — Maladies épidémiques. — Névroses. — Maladies des âges. — Maladies parasitaires. — Maladies du système nerveux, de l'appareil digestif, de l'appareil respiratoire, de l'appareil circulatoire, de l'appareil génito-urinaire, de l'appareil locomoteur. — Maladies du tissu cellulaire de la peau — Maladies des oreilles et des yeux.

Les Maladies de la Peau chez les enfants, par le Dr CAILLAULT, 1 vol. in-16, de 392 pages .... 3 fr. 50

Le Lait, par le Dr JULES ROUVIER, professeur à la Faculté française de Beyrouth. Préface du Dr BUDIN. 1892, 1 vol. in-16, de 350 pages, avec figures .... 3 fr. 50

Composition physiologique et pathologique du lait : Caractères physiques et chimiques, examen et dosage. — Falsifications, mouillage, écrémage, recherches des substances étrangères. — Influences physiologiques : individuelles, alimentaires, médicamenteuses. — Influences des organes de la génération. — Influences pathologiques : impressions morales, diathèses et maladies chroniques, maladies aiguës et infectieuses; affections des mamelles.

Modification du lait au contact de l'atmosphère : Germes de maladies déposés accidentellement dans le lait. — Microorganismes développés accidentellement dans le lait.

Prophylaxie des accidents dus aux laits altérés : Surveillance et organisation des vacheries et laiteries. — Conservation et stérilisation du lait.

Le Secret médical. Honoraires, mariages, assurances sur la vie, déclaration de naissance, expertises, témoignage, déclarations des causes de décès, etc., par le Dr P. BROUARDEL, membre de l'Institut, doyen de la Faculté de médecine de Paris. *Deuxième édition*, 1893, 1 vol. in-16 de 282 pages .... 3 fr. 50

La question du secret médical soulève de redoutables problèmes. Il est des cas multiples où le médecin se trouve en présence de devoirs contradictoires et également respectables. Doit-il se taire ? Doit-il parler ?

M. Brouardel, à qui ses fonctions de médecin légiste donnent, en la matière, une autorité particulière, vient, en un livre curieux, d'examiner quelques-uns de ces cas, en proposant des solutions qui puissent satisfaire la véritable morale.

De la Sobriété, conseils pour vivre longtemps, par L. CORNARO, précédé du *Régime de Pythagore*, d'après le Dr COCCHI, et suivi du *Vrai moyen de vivre plus de cent ans* dans une *santé parfaite*, par L. LESSIUS. 1880, 1 vol. in-16, de 243 p., avec 5 pl. 3 fr. 50

Ces trois singuliers traités jouissent depuis longtemps d'un grand succès de curiosité. Le premier est un panégyrique du *végétarisme* qui revient aujourd'hui à la mode. — Le second est l'autobiographie d'un homme qui, à 35 ans, atteint de nombreuses maladies résultant d'une vie d'excès, sut, en changeant totalement sa vie, devenir centenaire. Le petit traité de Lessius complète heureusement cette petite encyclopédie d'hygiène antique.

Ferments et Fermentations, études des ferments, rôle des fermentations dans la nature et dans l'industrie, par LÉON GARNIER, professeur à la Faculté de Nancy, 1888, 1 vol. in-16, de 318 pages, avec 65 figures.................................... 3 fr. 50

En ce siècle de microbes, à côté de ces parasites qui pullulent dans le corps humain en causant des ravages souvent irrémédiables, il est d'autres organismes microscopiques plus modestes d'allures, quoique aussi puissants dans leur action, dont l'homme a sû tirer parti, en les faisant les agents d'opérations industrielles. Ce sont les ferments : l'auteur étudie successivement les ferments, les moisissures, la fermentation alcoolique (levure, bière, vin, koumys, pain), les bactéries, les fermentations, les matières albuminoïdes et en particulier la putréfaction au point de vue des causes qui peuvent l'influencer, les moyens de détruire les germes, et les désinfectants.

Le Cuivre et le Plomb, dans l'alimentation et l'industrie, au point de vue de l'hygiène, par le professeur ARMAND GAUTIER, membre de l'Institut, 1 vol. in-16, de 310 pages.... 3 fr. 50

Deux métaux toxiques nous accompagnent partout : le cuivre et le plomb. Ils nous fournissent nos ustensiles usuels, amènent l'eau dans nos villes, entrent dans la confection des vases où nous préparons nos aliments journaliers.

Quelle est l'influence, sur la santé publique, de l'absorption continue à petite dose, de ces deux métaux ? Le cuivre, contrairement à l'opinion admise, semble, sinon inoffensif, du moins incapable d'entraîner des accidents graves ou mortels. Il en est tout autrement du plomb. Industriels, chimistes, médecins, gens du monde, etc., chacun consultera utilement, cet ensemble de recherches qui touchent à la fois aux questions techniques les plus variées et aux intérêts les plus puissants de l'hygiène et de l'alimentation publique. (*Journal de Pharmacie*).

Les Poisons de l'Air, l'acide carbonique et l'oxyde de carbone, asphyxies et empoisonnements, par N. GRÉHANT, professeur au Muséum, 1890, 1 vol. in-16, de 322 p., avec 21 fig. 3 fr. 50
Ouvrage couronné de l'Académie de médecine.

Propriétés physiques et chimiques de l'acide carbonique. — Dosage de l'acide carbonique. — Action toxique. — Action anesthésique. — Propriétés physiques et chimiques de l'oxyde de carbone. — Absorption. — Élimination. — Applications physiologiques et hygiéniques (Gaz d'éclairage. — Poêles mobiles, etc.).

La Goutte et les Rhumatismes. Guide pratique des goutteux et des rhumatisants, par le Dr REVEILLÉ-PARISE, membre de l'Académie de médecine, 1878, 1 vol. in-16 de 306 pages.. 3 fr. 50

La goutte. — Cause et nature. — Goutte aiguë. — Goutte chronique. — Formes irrégulières de la goutte. — Moyens hygiéniques ou préventifs de la goutte. — Le rhumatisme. — Nature et siège. — Rhumatisme musculaire aigu et chronique. — Sciatique. — Rhumatisme noueux. — Rhumatisme articulaire. — Moyens hygiéniques ou préventifs. — Goutte et rhumatisme.

Hygiène de la Vue, par le Dr X. GALEZOWSKI, professeur d'ophtalmologie, et le Dr KOPFF, médecin-major de 1re classe, 1888, 1 vol. in-16, de 328 pages, avec 44 figures........... 3 fr. 50

Dans la première partie, l'*Hygiène privée*, M. Galezowski traite toutes les questions qui se rapportent à l'individu pris à tous les âges, dans ses rapports avec l'hérédité et avec les différentes conformations de l'œil. Dans la deuxième, *Hygiène publique*, il passe en revue les modifications que peuvent exercer sur la vue des collectivités certaines influences comme le climat, la lumière solaire, l'éclairage artificiel, les écoles, les professions, etc. Chaque chapitre comprend toujours d'une part l'énumération exacte des causes qui peuvent avoir une influence pathologique sur la vue et d'autre part l'exposé des différents moyens pour remédier au mal.

L'Examen de la Vision devant les conseils de révision et de réforme dans la marine, l'armée et les chemins de fer, par le Dr BARTHELEMY, directeur du service de santé de la marine, 1889, 1 vol. in-16 de 336 pages, avec 3 pl. coloriées et 17 figures. 3 fr. 50

Fréquence des affections oculaires. — Conditions de la vision distincte. — Examen du champ visuel. — Myopie. — Hypermétropie. — Altérations de l'appareil de sensation. — Degré de l'acuité nécessaire dans l'armée, la marine.

Les Anomalies de la Vision, par A. IMBERT, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, 1889, 1 vol. in-16 de 365 pages, avec 48 figures................................ 3 fr. 50

Ce qu'on entend par anomalies de la vision. — Description de l'œil. — Valeurs des éléments dioptriques de l'œil. — Accommodation. — Divers états de l'œil : emmétropie, myopie, hypermétrophie, presbytrophie, presbytie. — Numérotage des verres. — Acuité visuelle. — Pouvoir accommodatif. — Pouvoir de convergence. — Astigmatisme. — Anisométropie. — Vérification des verres de lunettes.

Hygiène des Orateurs, hommes politiques, magistrats, avocats, prédicateurs, professeurs, artistes, et des personnes destinées à parler en public, par le Dr A. RIANT, 1888, 1 vol. in-16, de 288 pages... 3 fr. 50

Le nombre des hommes obligés de parler en public, et en état de le faire avec plus ou moins de succès, grandit tous les jours. Quelques conseils ne sont donc pas inutiles à ces orateurs dont les uns négligent, dans l'entraînement de l'art, de compter avec leurs forces; dont les autres, improvisés par les circonstances, abordent, sans examen préalable, sans préparation matérielle suffisante, un rôle trop peu connu, au point de vue des efforts qu'il exige et de la fatigue qu'il impose. Les orateurs sacrés, les hommes politiques, les conférenciers trouveront dans le livre du Dr Riant, les moyens d'apprendre ce qui leur manque pour acquérir l'influence légitime à laquelle leur talent leur donne surtout droit.

Hygiène du Célibat, par le Dr DESMONS. 1901, 1 vol. in-16 de 314 pages.. 3 fr. 50

Le livre du Dr DESMONS est destiné à exposer aux célibataires les principes d'hygiène à suivre pour se bien porter et éviter les maladies contagieuses auxquelles ils sont si souvent exposés.

Le Cerveau et l'Activité cérébrale, au point de vue psycho physiologique, par AL. HERZEN, professeur à l'Académie de Lausanne, 1887, 1 vol. in-16 de 312 pages....... 3 fr. 50

Au moment où les études de psycho-physiologie ont le privilège d'attirer l'attention de tous les esprits cultivés, M. le Dr Herzen aborde et résout le problème si troublant de l'activité cérébrale, il explique non par des hypothèses, mais par des données scientifiques, les plus précises, comme l'homme pense, sent et veut. Son livre, empreint des doctrines modernes, sera favorablement accueilli à la fois par les physiologistes et les philosophes.

L'Evolution du Système nerveux, par le Docteur H. BEAUNIS, 1890, 1 vol. in-16 de 320 p., avec 236 fig. 3 fr. 50

L'étude de l'innervation est une des plus intéressantes de la physiologie. M. Beaunis a pensé que l'exposé général et complet de l'évolution du système nerveux dans la série animale pouvait présenter un réel intérêt. D'innombrables travaux ont été publiés sur la question, mais aucun travail ne résumait tous ces matériaux épars de façon à en pouvoir tirer des déductions générales. C'est ce qu'a entrepris M. Beaunis, et il a réussi pleinement. Ce petit volume très clair, illustré de 236 figures, est facile à lire malgré sa concision, il donne de précieux renseignements sur une foule de points généralement peu connus. (*Médecine Moderne*)

Le Génie, la Raison et la Folie, le démon de Socrate, application de la science psychologique à l'histoire, par L.-F. LÉLUT, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, 1 vol. in-16, de 348 pages............................ 3 fr. 50

L'Anthropologie criminelle, par le Dr X. FRANCOTTE, professeur à l'Université de Liège, 1891, 1 vol. in-16, de 308 pages, avec 37 figures.. 3 fr. 50

L'anthropologie criminelle est née d'hier et déjà les travaux auxquels elle a donné lieu se sont multipliés dans d'énormes proportions. C'est que cette science nouvelle est bien faite pour exciter la curiosité et pour provoquer les recherches. Elle soulève les problèmes les plus graves : elle intéresse non seulement le médecin, l'aliéniste, mais encore le magistrat, le juriste, le législateur.

En écrivant ce livre, M. Francotte s'est proposé de contribuer à sa vulgarisation ; il a cherché à en fixer l'état actuel, à dégager les faits, les données positives, et, à la lumière de ces faits, d'apprécier la valeur des théories qui ont été émises et des conditions qui ont été formulées.

L'ouvrage est divisé en trois parties : 1° Examen du type criminel : caractères anatomiques, physiologiques, pathologiques et psychologiques; hérédité et récidivité ; 2° interprétation du type criminel ; théorie atavistique et théorie pathologique ; 3° applications des doctrines de l'anthropologie criminelle et de la législation pénale. L'ouvrage se termine par un exposé de la méthode des signalements anthropométriques de Bertillon.

C'est un excellent travail de vulgarisation. L'exposition des faits et des doctrines y est lucide et complète. La critique en est impartiale. (*Revue philosophique*).

Les Irresponsables devant la Justice, par le Dr A. RIANT, 1888, 1 vol. in-16, de 306 pages..... 3 fr. 50

M. Riant a fait, dans ce nouveau travail, œuvre de juriste et de médecin, en discutant au profit de tous et spécialement des médecins-experts, des magistrats, des avocats, la valeur scientifique de tant de prétextes invoqués pour établir l'irresponsabilité morale et pénale, et en soumettant à une sévère critique la valeur des troubles de la volonté et de la liberté dans les nombreuses formes des maladies mentales. La correction et l'élégance du style ajoutent au mérite d'un livre que recommande l'intérêt et l'actualité du sujet, l'élévation, l'autorité juridique et médicale de l'auteur.

(*Bull. de l'Académie de Médecine*).

ENVOI FRANCO CONTRE UN MANDAT POSTAL

Les Merveilles du Corps humain, sa structure et son fonctionnement, par E. COUVREUR, chef des travaux de physiologie à la Faculté de médecine de Lyon, 1889, 1 vol. in-16, de 368 pages, avec 120 figures .... 3 fr. 50

En dehors des savants, ceux qui ont une connaissance exacte de la structure du corps humain et de la manière dont il fonctionne sont assez rares. C'est pourtant là une connaissance primordiale. Mais tout le monde n'a pas les loisirs nécessaires pour étudier le corps de l'homme tant au point de vue anatomique qu'au point de vue physiologique.

L'étude de l'homme dans tous ses détails est longue et difficile, mais ces détails ne sont utiles qu'au petit nombre ; ce qui est indispensable à tous, ce sont des notions générales, représentant dans leurs grandes lignes les résultats auxquels on est arrivé dans l'état actuel de la science. Ce sont ces notions que M. Couvreur a réussi à mettre à la portée de tous.

La Vie et ses Attributs dans leurs rapports avec la philosophie et la médecine, par le Dr E. BOUCHUT, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux. *Deuxième édition*, 1 vol. in-16, de 450 pages........................ 3 fr. 50

La vie en général. — Définition de la vie. — Origine de la vie sur le globe. — Génération. — Attributs de la vie. — Impressibilité. — Acclimatation. — Sympathies. — Promorphose. — Force vitale dans ses rapports avec la philosophie et la médecine. — Nature de l'homme. — Mort. — Où finit la science apparaît la foi.

L'Hygiène à l'École, *pédagogie scientifique*, par le Dr COLLINEAU, 1889, 1 vol. in-16, de 314 p., avec 50 fig. 3 fr. 50

L'école. — La lecture. — L'écriture. — La myopie scolaire et l'astigmatisme. — Le surmenage cérébral. — La discipline scolaire. — La gymnastique à l'école. — Les colonies de vacances. — Les terreurs nocturnes dans le jeune âge. — L'astuce chez l'enfant. — La suggestion en pédagogie.

Le Surmenage intellectuel et les exercices physiques, par le Dr A. RIANT, 1889, 1 vol. in-16, de 342 pages. 3 fr. 50

Surmenage intellectuel des enfants et des adolescents : écoliers, élèves, étudiants. — Surmenage et surmenés. — Causes du surmenage. — Effets. — Remèdes. — Surmenage intellectuel des adultes : hommes de lettres, savants, professeurs, artistes. — Caractères et conséquences. — Faut-il s'user ou se rouiller ?

Les Exercices du Corps, le développement de la force et de l'adresse, par E. COUVREUR, chef des travaux de physiologie à la Faculté de médecine de Lyon, 1891, 1 vol. in-16, de 351 pages, avec 78 figures .... 3 fr. 50

La machine animale et son mécanisme. — Squelette et muscles. — Contraction musculaire. — Travail du muscle. — Usure et réparation du muscle. — L'exercice et les organes. — Etude des principales allures chez l'homme. — Marche. — Course. — Saut et galop. — Applications pratiques. — Classification des exercices. — Mécanisme des exercices. — Gymnastique. — Danse. — Lutte. — Natation. — Patinage. — Escrime. — Equitation. — Canotage. — Vélocipédie. — Résultats généraux. — Hygiène des exercices du corps.

Le Monde des Rêves. Le rêve, l'hallucination, le somnambulisme et l'hypnotisme, l'illusion, les paradis artificiels, par P. MAX SIMON, 2e *édition*, 1888, 1 vol. in-16 de 355 pages. 3 fr. 50

Il est difficile de trouver sur ce sujet attachant un ouvrage plus agréable à lire et plus rempli de faits. Après avoir établi ce que c'est que le rêve et montré les rapports qui l'unissent à l'organisme et à l'esprit, l'auteur étudie l'hallucination visuelle, celle de l'ouïe, de la sensibilité de l'odorat et du goût. Des chapitres sont consacrés au somnambulisme, à l'extase et à l'hypnotisme, tous sujets à la mode. Les pages sur l'illusion et sur les paradis artificiels dus à l'opium, au haschisch, doivent être méditées par tous ceux qui, sur la foi de quelques descriptions littéraires, espèrent trouver dans un empoisonnement chronique des joies extatiques.

Les Maladies de l'Esprit, par P. MAX SIMON, médecin en chef des Asiles d'aliénés, 1892, 1 vol. in-16 de 319 p. 3 fr. 50

Ce volume résume l'état actuel de la science sur cette question si troublante des altérations de l'être psychique frappé par la maladie.

Méthodiquement conçu, bien divisé, pourvu de faits d'une lecture facile et agréable, il s'adresse non-seulement aux médecins, mais aussi et surtout au public lettré, auquel il offre un tableau fidèle de ces déséquilibrés qu'on heurte si fréquemment dans la vie sans reconnaître leur véritable nature. A une époque où les maladies de l'esprit augmentent avec une proportion aussi effrayante que constante, ce volume vient à son heure et son actualité menace de ne pas cesser de sitôt.

La Folie à Paris. Étude statistique, clinique et médico-légale, par le Dr PAUL GARNIER, médecin en chef de la Préfecture de police. Préface par J.-C. BARBIER, président de la Cour de Cassation, 1890, 1 vol. in-16 de 424 pages.................................. 3 fr. 50

C'est le résumé du vaste service de l'infirmerie de la Préfecture de police que M. Garnier donne dans ce volume. Dans une 1re partie, il donne le mouvement de l'aliénation mentale à Paris, où le nombre des cas de folie va toujours croissant. Dans son étude clinique, M. Garnier donne un choix d'observations typiques d'alcoolisme, de paralysie générale, et de délire des dégénérés. Le livre se termine par une série de *rapports médico-légaux*, qui sont comme les images destinées à illustrer le texte ; les aliénés criminels, les dégénérés à monomanies bizarres, les exhibitionistes, les persécutés assassins y sont passés en revue, de telle sorte que le lecteur fixe dans sa mémoire des types précis et inoubliables.

La Folie chez les Enfants, par le Dr MOREAU (de Tours), 1888, 1 vol. in-16 de 444 pages .... 3 fr. 50

Livre très intéressant, méritant une lecture spéciale, de tous ceux qui doivent diriger l'éducation des enfants. Toutes les influences morbides, soit de l'ordre physique (tempérament, climats, puberté, onanisme, intoxications, phtisie, scrofule, chlorose, affections aiguës et intermittentes, traumatisme, etc.), soit de l'ordre moral (imitations, influence des mœurs, éducation, caractères, impressions violentes, sentiment religieux, passions, excès en travaux intellectuels, etc.), donnent lieu aux dégénérescences. L'étude des formes psychiques, leur diagnostic, leur pronostic et leur traitement ont reçu les mêmes développements.

Fous et Bouffons, étude physiologique, psychologique et historique, par le Dr MOREAU (de Tours), 1885, 1 vol. in-16 de 228 pages.. 3 fr. 50

Le docteur Paul Moreau (de Tours) a résumé dans cette étude les observations les plus intéressantes sur les êtres disgraciés de la nature, au moral et au physique.

Les fous et bouffons de l'histoire ont, par leur caractère singulier, par une réunion étrange d'intelligence et d'imbécillité, excité un vif étonnement. Des désordres physiques coïncident le plus souvent avec un développement anormal des facultés intellectuelles, et la classe des bouffons qui pendant de longs siècles occupa dans la société une place importante, était justiciable de la pathologie et de la psychologie morbide.

La Méthode de Brown-Séquard, physiologie, indications cliniques et thérapeutiques, technique, par le Dr Ch. ELOY, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Académie de médecine, 1893, 1 vol. in-16 de 282 pages, avec figures. 3 fr. 50

Les origines de la méthode (la sécrétion interne). — La médication orchitique. — Son action physiologique, documents physiologiques, documents cliniques, ses applications thérapeutiques. Préparation des extraits d'organes, technique et mode d'administration, les succédanés de l'extrait testiculaire. — La médication thyroïdienne, ses origines et sa physiologie, ses indications et sa technique. — Les régimes thyroïdiens. — La médication pancréatique, traitement du diabète. — La médication capsulaire, faits physiologiques et essais thérapeutiques. — La médication cérébrale, transfusion nerveuse et injection de liquide cérébral.

Les Microbes pathogènes, par le Dr Ch. BOUCHARD (de l'Institut), professeur à la Faculté de médecine de Paris, 1892, 1 vol. in-16, de 304 pages.............................. 3 fr. 50

Ce volume renferme l'ensemble des recherches personnelles du savant professeur sur les maladies infectieuses et l'action des microbes pathogènes. Il débute par l'exposé de sa *Théorie de l'infection*. Vient ensuite l'étude des *actions des produits sécrétés par les microbes pathogènes*. — puis du *rôle des poisons d'origine microbienne* dans les maladies infectieuses, et de leur élimination par les reins. L'auteur expose ensuite ses *recherches bactériologiques* sur le choléra, la grippe et la maladie charbonneuse, ses *essais de vaccination* et réfute les prétendues vaccinations par le sang. L'ouvrage se termine par l'étude de l'*étiologie et de la pathogénie des maladies infectieuses* et par leur traitement antiseptique.

Microbes et Maladies, par J. SCHMITT, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, 1886, 1 vol. in-16, de 300 pages, avec 24 figures.. 3 fr. 50

L'ouvrage que M. Schmitt a consacré à l'histoire des microbes et à l'étude de leur rôle pathogénique ne laisse rien à désirer au point de vue de la clarté, et les gens du monde qui ont le désir légitime de se familiariser avec les questions scientifiques modernes le liront avec profit. (*Revue scientifique*).

La Technique microscopique et histologique, par Mathias DUVAL, professeur à la Faculté de médecine de Paris, 1878, 1 vol. in-16 de 315 pages, avec 43 figures.......... 3 fr. 50

Les Pansements modernes. Le pansement ouaté et son application à la thérapeutique chirurgicale, par Alphonse GUÉRIN, membre de l'Académie de médecine, 1889, 1 vol. in-16, de XLIV-392 pages, avec 10 figures.......................... 3 fr. 50

Théorie du pansement. — Application du pansement ouaté au traitement des plaies. — La statistique en chirurgie. — Le pansement ouaté comme moyen compressif. — Le pansement ouaté appliqué à la chirurgie d'armée. — Théorie de l'infection purulente par les miasmes et les ferments.


JUL 24 1974

